

Ministerul Sănătății și Protecției Sociale al Republicii Moldova
IMSP Institutul Oncologic
Catedra de Oncologie și Hematologie

Victor Cernat
Dumitru Sofroni
Ion Mereuță

Reabilitarea medico-socială și invaliditatea oncologică

Chișinău 2000

Autorii monografiei:

Victor Cernat - doctor habilitat în științe medicale, conducător științific al secției IOM "Organizare, diagnosticare și reabilitare în oncologie"

Dumitru Sofroni - doctor habilitat în științe medicale, prof. universitar, conducător științific al secției IOM "Oncoginecologie", Director IOM

Ion Mereuță - doctor habilitat în științe medicale, prof. universitar, conducător științific al secției IOM "Microchirurgie"

Monografia cuprinde 6 capitole consacrate unor probleme stringente ale oncologiei contemporane și medicinei primare. Sânt dezvoltate unele principii de organizare și acordare a asistenței oncologice și de reabilitare medico-socială, expertizei potențialului funcțional al bolnavilor oncologici și reîncadrării pacienților după tratamentul radical în mediul socio-habitual și profesional.

Valoarea practică a monografiei constă în elaborarea recomandărilor pentru ameliorarea calității vieții bolnavilor oncologici, iar pentru medicii de familie (generalişti) și membrii familiilor acestor bolnavi în elaborarea unor principii și sfaturi de îngrijire a pacientului oncologic la etapa postspitalicească.

Medicii experți ai CEMV vor dispune de seturi de criterii pentru reabilitarea capacității de muncă a bolnavilor oncologici de diverse profiluri.

Astfel cartea va fi utilă pentru medicii de diverse profiluri (generalişti/ de familie, oncologi, experți ai CEMV, chirurghi, studenți și rezidenți de la medicină în activitatea sa cotidiană.

Recenzenți:

Semion Coșciug – d.h.ș.m., prof. universitar.

Eugen Popușoi – d.h.ș.m., prof. universitar,
membru-corespondent al AȘ RM.

INTRODUCERE 7

CAPITOLUL I. ASPECTE ALE ASISTENȚEI MEDICALE CONSULTATIVE ONCOLOGICE ACORDATE POPULAȚIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA 11

CAPITOLUL II. REABILITAREA MEDICO-SOCIALĂ ȘI INVALIDITATEA ONCOLOGICĂ .. 30

2.1. Aspectele medico-sociale ale reabilitării în oncologie 30

2.1.1. Orientarea valorică și disponibilitatea profesională a bolnavilor oncologici după tratament radical 32

2.1.2. Factorii sociali și influența acestora asupra procesului de reintegrare a bolnavilor oncologici 38

2.1. Statutul global de sănătate și calitatea vieții – criteriu de suport științific pentru reintegrarea medico-socială 42

2.2.1. Elaborări moderne vizând modelul conceptual de calitate a vieții la bolnavii oncologici 42

2.2.2. Aspectele medico-sociale ale indicelui de calitate a vieții bolnavilor oncologici 47

2.3. Orientarea socioprofesională în reabilitarea bolnavilor oncologici și starea curentă a serviciului de expertiză a vitalității în oncologie 49

2.3.1. Valențele sociale ale asistenței de reabilitare medico-profesională în condițiile de reformare a societății 49

2.3.2. Abordul științific complex în expertiza validității funcționale 51

CAPITOLUL III. SCREENINGUL CLINICO-DIAGNOSTIC AL POTENȚIALULUI FUNCȚIONAL RESTANT AL BOLNAVULUI ONCOLOGIC 57

3.1. Caracteristici generale ale bolnavilor oncologici după tratament radical 57

3.2. Caracteristici medico-sociale a bolnavilor oncologici 60

3.3. Caracteristica socioprofesiografică a bolnavilor oncologici explorați 61

3.4. Metode de tratament recuperator 63

3.5. Metodele de evaluare statistică 67

CAPITOLUL IV. RELAȚIILE DE CORELARE ÎNTRE REABILITAREA MEDICALĂ COMPLEXĂ ȘI READAPTAREA SOCIO-FUNCȚIONALĂ A BOLNAVILOR CANCEROȘI CE AU SUPTAT TRATAMENT RADICAL ... 70

4.1.	Dinamicul orientărilor profesionale și readaptarea socio-profesională a bolnavilor oncologici sub tratament recuperatoriu	70
4.2.	Analiza corelațională a indicilor de adaptare socio-profesională după tratamentele recuperatorii a bolnavilor cu diferite localizări a neoplasmelor maligne	81
4.3.	Modelul de evaluare statistico-matematică a rezultatelor de readaptare socio-profesională a bolnavilor cu neoplasme de diferită localizare	86
CAPITOLUL V. NOUA FORMULĂ CONCEPTUALĂ A EXAMENULUI DE EXPERTIZĂ A INVALIDITĂȚII BOLNAVILOR ONCOLOGICI		
5.1.	Starea serviciului de expertiză a validității funcționale a bolnavilor oncologici și necesitatea perfecționării principiilor ei de esență	97
5.2.	Valența medico-socială și suportul științific al criteriilor de determinare a indisponibilității profesiografice	110
CAPITOLUL VI. EFICIENȚA ECONOMICĂ ȘI VALOAREA APLICATIVĂ A NOULUI SISTEM DE EXPERTIZĂ PROFESIOGRAFICĂ A INCAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA BOLNAVII ONCOLOGICI		
CAPITOLUL VII. CALITATEA VIEȚII BOLNAVILOR CANCEROȘI ASISTAȚI ÎN FORMULĂ RADICALĂ CA PARAMETRU CRITERIAL AL EFICIENȚEI MĂSURILOR DE REABILITARE MEDICO-SOCIALĂ		
7.1.	Dinamicul opțiunilor pentru semnificație socială a statutului de sănătate la bolnavii oncologici ce au suportat tratamente radicale	136
7.2.	Rezultatele investigațiilor complexe asupra statutului global de sănătate și calitatea vieții bolnavilor cu neoplasme de cele mai incidente localizări	139
CAPITOLUL VIII. ASISTENȚA MEDICO-SOCIALĂ A BOLNAVILOR ONCOLOGICI		
8.1.	Principiile ajutorului medico-social al bolnavului oncologic	156
8.2.	Ajutorul medico-social a bolnavului oncologic în condițiile domiciliului	159
8.2.1.	<i>Pot fi oare învinse simptomele personale în condiții casnice?</i>	159
8.2.2.	<i>Este oare capabilă familia să îngrijească un bolnav oncologic?</i>	159
8.2.3.	<i>Cât poate ajuta mediul ambiant?</i>	160
8.2.4.	<i>Planificarea îngrijirii la domiciliu</i>	160

8.2.5.	<i>Îngrijitoarele externe (asistenții sociali)</i>	161
8.2.6.	<i>Organizațiile curative private</i>	162
8.2.7.	<i>Alte organizații medicale sau de binefacere</i>	162
8.2.8.	<i>Revenirea pacientului acasă</i>	162
8.3.	Priceperea de a învinge simptomele	163
8.3.1.	<i>Respirația superficială</i>	163
8.3.2.	<i>Ajută oare oxigenul? Perna de oxigen</i>	163
8.3.3.	<i>Expectorația abuzivă din căile respiratorii</i>	164
8.3.4.	<i>Greața și voma</i>	164
8.3.5.	<i>Scăderea poftei de mâncare</i>	164
8.3.6.	<i>Constipația</i>	165
8.3.7.	<i>Insuficiența controlului funcției intestinului și a vezicii urinare</i>	166
8.4.	Îngrijirea de bază (după “clasificatorul activităților zilnice” – “activyti of deyli lyving”)	167
8.4.1.	<i>Camera bolnavului</i>	167
8.4.2.	<i>Așternutul</i>	167
8.4.3.	<i>Igiena bolnavului</i>	168
8.4.4.	<i>Scăldatul și spălatul capului</i>	171
8.7.5.	<i>Îngrijirea gurii</i>	171
8.4.6.	<i>Deplasarea pacientului</i>	172
8.4.7.	<i>Comodități pentru pacient</i>	172

CAPITOLUL IX. DISPENSARIZAREA ȘI REABILITAREA MEDICALO-SOCIALĂ A BOLNAVILOR DUPĂ TRATAMENTUL RADICAL		
9.1.	Principiile dispensarizării bolnavilor oncologici	175
9.2.	Căile metastazării tumorilor maligne cu localizări mai raspândite	177
9.3.	Principiile generale ale examinării bolnavilor după tratamentul radical	178
9.4.	Examinarea după tratamentul radical al laringelui și esofagului	183
9.5.	Examinarea după tratamentul radical al cancerului mamar	184
9.6.	Examinarea bolnavilor după operațiile radicale de cancer pulmonar	186
9.7.	Examinarea bolnavilor după operația radicală de înlăturare a tumorilor tubului digestiv	188
ÎNCHEIERE		193
BIBLIOGRAFIE		197

PREFAȚĂ

Monografia de față este dedicată unor probleme stringente în oncologie, ca organizarea asistenței consultative oncologice, reabilitarea bolnavilor oncologici, restabilirea capacității de muncă după tratamentul radical, determinarea potențialului funcțional și reinserarea lor în mediul social-habitual și profesional.

Este bine cunoscut că o parte din bolnavii oncologici după tratamente radicale sânt validați ca apti de muncă și revin parțial sau, mai rar, total în câmpul muncii.

Asupra acestor tendințe au axat atenția autorii, demonstrând că în comun cu structurile statale ale ocrotirii sănătății, asistenței sociale, protecției muncii, și cele nestatale ca organisme neguvernamentale, de caritate, etc., se pot obține rezultate efective în resocializarea acestei categorii de pacienți.

O importanță deosebită prezintă compartimentul și concepția inedită de evaluare a validității de muncă, bazată pe determinarea posibilităților fiecărui pacient de a se manifesta în plan social și profesional.

Cercetările științifice comune internaționale în domeniul studiului calității vieții expuse într-un capitol aparte țin să sporească la elucidarea stării reale a bolnavului oncologic după tratamentul radical iar specialiștii clinicieni și medicii experți să determine căile de ameliorare și corijare a statutului psiho-emoțional și clinico-funcțional.

Recomandările și principiile de îngrijire medico-sociale a bolnavului oncologic în instituția curativă sau la domiciliu țin să amelioreze situația în care se află medicul generalist, familia prietenii unui pacient neoplazic și însăși bolnavul.

Putem concluziona, că monografia va servi drept îndrumar pentru diverși specialiști din medicina națională.

Ion Corcimar

*Șeful catedrei de oncologie și hematologie
a USMF “N. Testemițanu”, d.h.ș.m., prof. universitar,
membru-corespondent al AȘ RM*

INTRODUCERE

Între sarcinile de primă valoare ale procesului de consolidare a stilului sănătos de viață se înscrie și ameliorarea calitativă a măsurilor de restabilire și reabilitare funcțională cât mai plenară a bolnavilor oncologici.

Unul din postulatele de suport ale “Programului Național de Combatere a Cancerului în perioada 1998–2003”, promulgat prin decizia Guvernului Republicii Moldova cu nr. 1269 din 25 decembrie 1998, stipulează remedieri pentru diagnosticul în timp oportun, tratamentul eficient al neoplasmelor maligne și reabilitarea medico-socială adecvată a bolnavilor oncologici, pentru minimalizarea pierderilor de muncă și a nivelului de invalidizare la vârste de maximă productivitate socio-profesională.

Reabilitarea complexă a bolnavilor oncologici a fost promulgată drept una din sarcinile de primă linie prin amplele documente de program ale O.M.S. pentru combaterea la scară globală a bolii neoplazice. Formula de definiție a reabilitării emisă de O.M.S. – “Aplicarea complexă și coordonată a măsurilor de asistență medicală, socială, pedagogică și profesională sau de recalificare a individului pentru optimul facultăților sale profesiografice” (O.M.S. A 29/smp. ДОО./I), înglobează atât aspectul exercițiului medico-social, cât și posibilitatea de utilizare a potențialului funcțional și profesiografic al bolnavilor oncologici.

De altfel, este cert faptul că o bună parte din bolnavii agresați prin neoplasme maligne și validați ca fiind inapți de muncă, în scurt timp după ce au încheiat curele de tratament specific și de recuperare în stabilimentele specializate revin în câmpul muncii. Este însă tot atât de adevărat că există și o mare proporție de bolnavi oncologici, care prin restricțiile și chiar excluderea îndelungată din activitățile social-utile, sunt izolați neîntemeiat, își pierd disponibilitatea și interesul profesional și de reinserție în produsul social, prin care se aduc grave prejudicii bunăstării economice a țării.

Datele relatate de I. Mereuța (1995), Герасименко В.Н. (1979, 1997), Артющенко Ю.В. (1980), Левин А.О. (1990), Блинов Н.Н. (1990) denotă inconsistența afirmației despre totala indisponibilitate

de muncă a bolnavilor agresați de boala neoplazică. Până în prezent “verdictul” comisiilor de experți se fundamentează pe criterii subiective, care nu consideră particularitățile personale, psihologice, profesionale și sociale ale bolnavilor și nici predispunerea lor spre exercițiu funcțional. Utilizarea potențialului funcțional al organismului este dificultată, în primul rând, prin lacunele sistemului de asigurări sociale pentru bolnavi și invalizi, la aceste deficiențe se suprapun și deciziile adesea neargumentate și nejustificate de prelungire a termenului de invaliditate, prin care se limitează șansele bolnavilor oncologici de a se autoafirma și de a contribui la sporirea produsului social (V.Serbin, 1998; Мельников Р.А. и соавт., 1990).

Restabilirea capacității de muncă în cazul bolnavilor oncologici, care au suportat intervenții radicale, este un deziderat de bază al procesului de reabilitare medico-socială, care deși se definește major de potențialul adaptativ al organismului, depinde indiscutabil și de valoarea și mai ales de plenitudinea programelor complexe de tratament recuperator care vin să favorizeze reintegrarea socio-profesională a persoanelor afectate.

La etapa postspitalicească, lipsind un sistem cert de explorare a procesului de adaptare și recuperare activă a bolnavilor cu neoformațiuni maligne, în realitate reabilitarea pentru aceștea se rezumă la activități de ordin juridic și documentare, prin care se fixează funcționalitatea și potențialul profesiografic. Recomandările emise de Comisia de Expertiză Medicală ale unităților medicale nu consideră factorul de exercițiu activ asupra complicațiilor anatomo-funcționale și psiho-emoționale, în plus ele nu se respectă sau se respectă doar parțial.

Nu se poate afirma același lucru și despre activitățile ce vizează adaptarea socio-profesională a bolnavilor oncologici și utilizarea la capacitatea reală a potențialului lor profesiografic, în țara noastră fiind inexistent încă un sistem științific-argumentat de expertiză a incapacității profesiografice, de reorientare și reintegrare profesională.

Devine evidentă necesitatea unor noi concepții și, respectiv, modalități de abord tactic în aprecierea potențialului funcțional al bolnavilor oncologici, care să considere datele tratamentului recuperator, caracteristicile adaptării socio-profesionale și datele de investigare a statutului global de sănătate și a indicilor de calitate a vieții.

Pentru aceasta este indispensabilă regrouparea estimativă a unui întreg complex de date clinice, de investigații clinico-instrumentale, de parametre socio-demografice, care reflectă statutul real al bolnavului oncologic în perioada postspitalicească, și doar în baza acestora să se conceapă formula apreciativă de invaliditate prin afect neoplazic.

Din statisticele relatate de Centrul Oncologic al Federației Ruse (Трапезников Н.Н. и соавт., 1996, 1998) numărul de pacienți cu neoformațiuni maligne se atestă în continuă creștere în funcție de mai multe premize demografice, sociale, economice ș.a., dar concomitent s-a obținut și creșterea remarcabilă a proporției de cancere vindecate. Astfel Напалков Н.П. и соавт. (1989) raportează că în total în statele CSI s-au înregistrat circa 3 mln, iar în Republica Moldova sunt evidențiate 40 000 cazuri de vindecare integrală prin tratamente de formulă radicală (D.Sofroni și colab., 1999). Este deci evidentă actualitatea unor explorări complexe pentru amplificarea și eficientizarea programelor de asistență recuperatorie, resocializare și revedere a potențialului profesiografic al bolnavilor oncologici, inclusiv prin perfecționarea sistemului de validare a incapacității de muncă a acestora, care să contribuie efectiv la restabilirea potențialului funcțional și socio-integrativ al persoanelor afectate de boala neoplazică și implicit la diminuarea invalidității oncologice.

Importante, dar la fel de ignorate în aspect explorativ au rămas și aspectele organizatorice, medico-demografice și socio-igienice ale unor imperioase acțiuni pentru diminuarea invalidizării canceroase a populației din Republica Moldova, activități de altfel desemnate programatic în cunoscutul “Program Național de Combateră a Cancerului în Republica Moldova pentru intervalul 1998–2003” și punerea în valoare a cărora este evidentă.

Rezumând cele relatate, se consideră că deși în ultimii ani s-au emis mai multe lucrări consacrate problemelor de reabilitare a bolnavilor oncologici și de expertizare a potențialului funcțional restant al acestora, s-a acumulat un anumit volum de material factologic, care reflectă specificul tuturor genurilor de reabilitare, au rămas în penumbră o serie de aspecte importante ale chestiunii vizate, cum ar fi: adaptarea socio-profesională a bolnavilor canceroși, corectivele și eficiența tratamentelor

recuperatorii pentru acestea, statutul global de sănătate și calitatea vieții lor la etapa postspitalicească, principiile îngrijirilor medico-sociale ale bolnavilor oncologici și cel mai important – funcționalitatea organismului în cadrul activităților sociale, habituale și profesionale în care se reangajează bolnavii cu neoplasme maligne. Nu există referiri despre gradul de deteriorare a capacităților profesiografice prin agresiunea bolii neoplazice (exprimată de exemplu în volum procentual) și nici seturi de criterii științific argumentate, care evaluează aceste disabilități funcționale.

Se impune drept sarcină imperioasă în acest domeniu explorativ elaborarea unei concepții întregi cu suport științific, vizând modalitatea de evaluare a validității socio-profesionale a bolnavilor agresați neoplazic și de reintegrare profesională a acestora conform clasificatorului de profesii și exigențelor Pieții de Muncă în condițiile economiei de piață.

Explorările de asemenea anvergură în Republica Moldova sunt abia la etapa de inițiere, fiind necesare sufragii și elaborări profunde. De altfel, explorările ce vizează Statutul global de sănătate și modalitățile de investigare a caracteristicilor de adaptare sunt absolut inedite pentru spațiul Republicii Moldova.

CAPITOLUL I

ASPECTE ALE ASISTENȚEI MEDICALE CONSULTATIVE ONCOLOGICE ACORDATE POPULAȚIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Cancerul reprezintă una cele mai tragice maladii ale secolului XX și începutului mileniului III. Cercetările științifice și clinice în acest domeniu nu au stabilit definitiv, deocamdată, cauzele transformării celulei normale în cea atipică, totodată remarcându-se rezultate considerabile în tratamentul și reabilitarea acestei maladii. Cu toate că știința mondială a pătruns în tainele ADN-ului și a genomului uman, anual în lume se înregistrează circa 10 mln bolnavi de cancer și decedează peste 6,2 mln bolnavi oncologici.

În Rusia anual se înregistrează circa 500.000 bolnavi de cancer (2003 – 448602 bolnavi), indicele morbidității în anul 2003 constituind 317,4 la 100.000 populație.

În Belarusi acest indice constituia în 2003 – 298,4 la 100.000, iar Kazahstan – 198,5 la 100.000 populație, Ucraina – 339,4 la 100.000 populație.

Sistemul organizațional al serviciului oncologic este bazat pe IOM – ca un centru științific, organizator-metodic și clinic, unde se menține tactica aplicării strategiei de profilaxie și curativ într-un centru unic și înalt specializat, urmează secțiile municipale Chișinău și Bălți, apoi serviciul oncologic raional în fruntea căruia este oncologul raional, în unele raioane fiind și câte un medic ginecolog, responsabil de oncoginecologie.

În așa mod este necesar de planificat măsurile de profilaxie, depistare și curative, reieșind din datele de sporire considerabilă a indicilor serviciului oncologic.

În perioadă anului 2004 diagnoza primară de afecțiune oncologică malignă a fost stabilită în IOM în 84,5 la sută cazuri, restul revenindu-le altor instituții medicale din republică (SM mun. Bălți – 3,9%, SCR – 2,4%, SM mun. Chișinău – 4,0%, alte instituțiile – 10,5%, peste hotare – 0,9%).

Până la verificarea diagnosticului de cancer pacienții s-au adresat în alte instituții în aproximativ 22% cazuri.

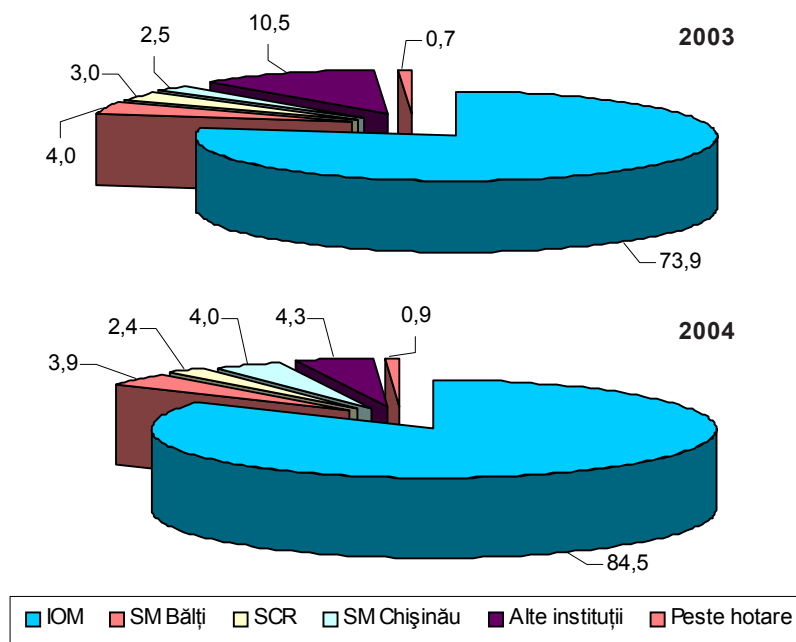


Figura 1. Pondere stabilirii diagnosticului de tumoare malignă în instituțiile curativ-profilactice ale republicii

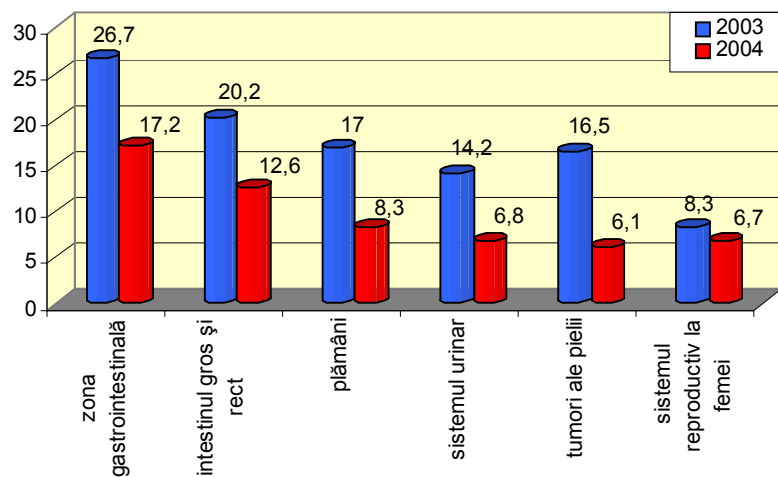


Figura 2. Pondere bolnavilor oncologici care s-au adresat în alte instituții curative până la verificarea diagnosticului (2003–2004)

În structura maladiilor înregistrate în Republica Moldova cancerul se plasează pe locul 12, în același timp, în structura generală a mortalității decese în urma tumorilor maligne ocupă locul II, invaliditatea – locul III după afecțiunile cardiovasculare. Acest fapt denotă agresivitatea acestei maladii sociale și pierderile colosale social-economice în urma maladiilor de cancer.

Astfel, dacă analizăm datele observăm că în anul 2004 au fost luați la evidență 6851 bolnavi primari – mai mulți ca în anul 2003 – 6379 bolnavi. Acest fapt se datorează în I rând măsurilor efective a implementării și îndeplinirii prevederilor “Programelor Național de Combatere a Cancerului și a cancerului de col uterin și cancerul glandei mamare”, stabilizării situației în reformarea sistemului de sănătate, trecerea la medicina prin asigurare, sporirea adresabilității populației după asistență medicală și măsurilor efective întreprinse de sectorul organizator-metodic al IMSP IO, de conlucrăre cu toate unitățile sanitare din republică.

Indicele morbidității în anul 2004 a constituit 202,1% față de 187,7% în 2003 și are tendință de creștere.

Paralel cu această creștere a morbidității a crescut și indicele mortalității prin maladii oncologice și a constituit în 2004 – 148,6% (5037 decese) față de 145,3% în 2003 (4938 decese), în Rusia acest indice a constituit 200,9 față de 189,2 în 2003.

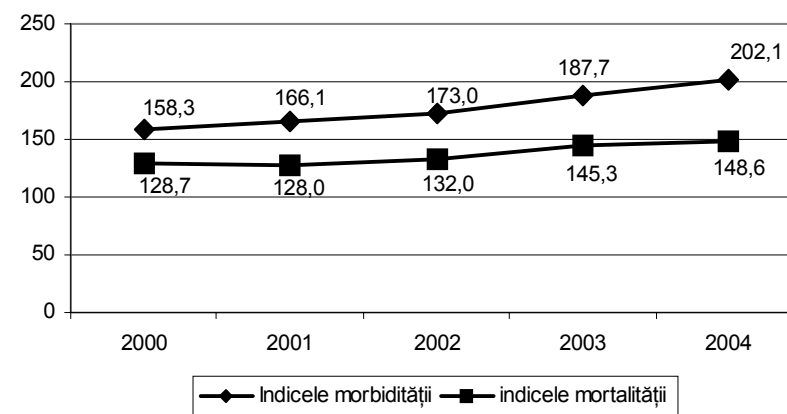


Figura 3. Indicele morbidității și mortalității oncologice în Republica Moldova în perioada 2000–2004

La fel se află în creștere și indicii prevalenței morbidității care a constituit 1049,6‰ în 2004 (35576) față de 1001,6‰ în 2003.

În structură generală a morbidității oncologice s-au produs unele schimbări neesențiale a tumorilor față de, și anume:

Cancerul glandei mamare a fost depistat cel mai frecvent și s-a situat pe I loc cu 12,6%. Mai puțin frecvent a fost diagnosticat și înregistrat cancerul pulmonar cu 10,8%.

Pe locul III s-a situat cancerul pielii cu 10,0% apoi urmează cancerul gastric cu 7,0%, hemoblastoze 6,5%, cancerul rectal și colonului – 5,7%.

Aceste localizări în ansamblu alcătuiesc 52,7% din toate patologiiile oncologice maligne și constituie grupul de patologii oncologice mai des întâlnite și depistate la populația republicii.

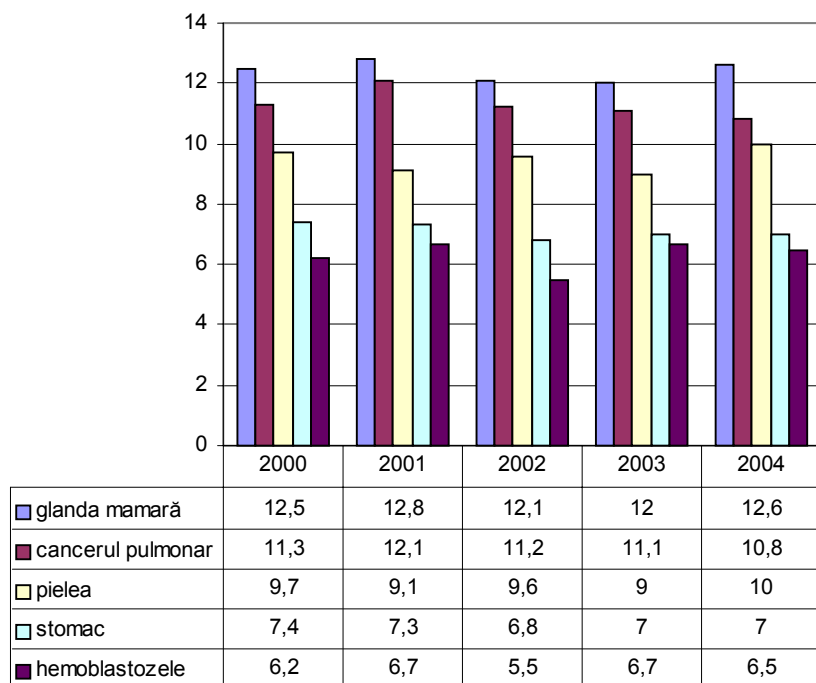


Figura 4. Structura morbidității prin tumori maligne în R. Moldova (2000–2004)

Dinamica morbidității prin tumori maligne după localizări în republică se menține aproximativ la același nivel al anului 2003 cu unele devieri pe localizări:

Cancerul sânilui cu 48,9‰ față de 42,6‰ în anul 2003; cancerul de col uterin 17,1‰ față de 16,5‰ în anul 2003; cancerul pulmonar cu 21,9‰ față de 21,0‰ în 2003; cancerul stomacului cu 13,9‰ față de 12,6‰ în 2003; cancerul glandei tiroide cu 4,9‰ față de 4,8‰ în anul 2003; cancerul rectului cu 11,5‰ față de 11,8‰ în 2003; cancerul cavității bucale cu 7,6‰ față de 8,1‰ în 2003; cancerul colonului cu 11,0‰ față de 11,7‰ în 2003; cancerul pielii cu 20,0‰ față de 17,2‰ în 2003; cancerul corpului uterin în 2004 cu 11,5‰ față de 10,3‰ în 2003; cancerul ovarelor cu 7,0‰ față de 6,8‰ în 2003; cancerul prostatei cu 11,6‰ față de 8,5‰ în 2003.

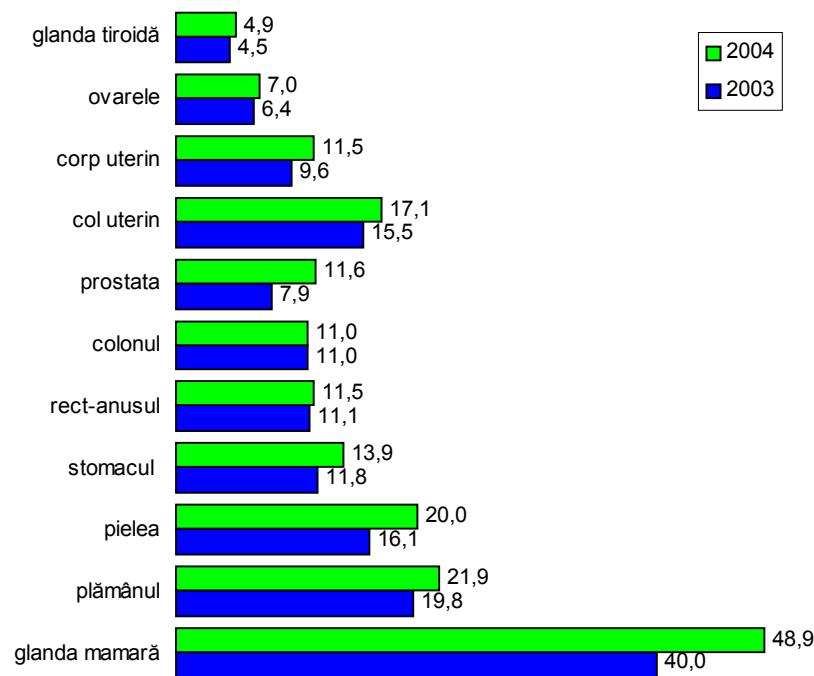


Figura 5. Dinamica morbidității oncologice după localizări (2003–2004)

În structura morbidității prin afecțiunile neoplazice în Republica Moldova indicii diferă și după aparența de sex.

Așa dar, morbiditatea prin tumori maligne la bărbați constituie 206,3‰; la femei 198,2‰; la copii (0 – 17) 8,2‰ și are tendință de creștere.

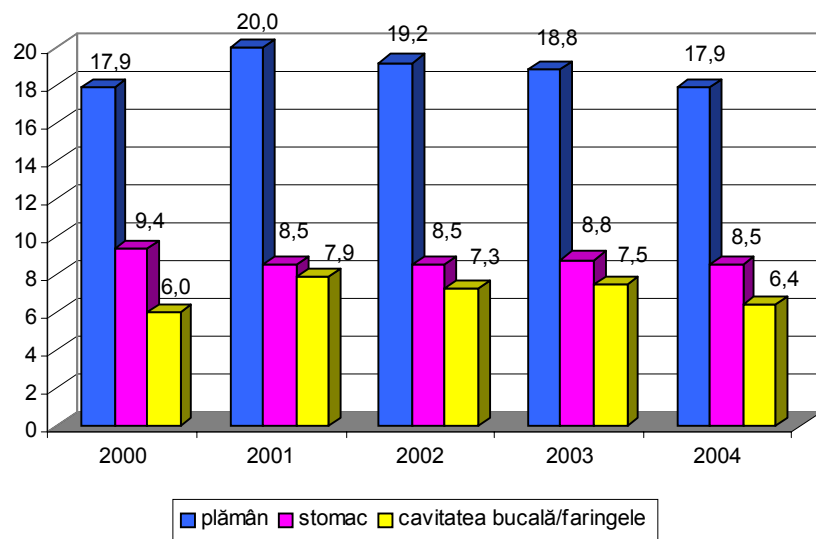


Figura 6. Structura morbidității oncologice în R. Moldova la bărbați (2000–2004)

Între populația masculină prevalează cancerul pulmonar cu 17,9%, cancerul stomacului cu 8,5%, cancerul cavității bucale și faringele cu 6,4%.

Dintre localizările de bază ale tumorilor maligne la populația feminină a Republicii Moldova prevalează cancerul sânului cu 24,6%, cancerul pielii – 10,6% și cancerul colul uterin 8,6%. Regretabil este faptul, că în ultimii 10-15 ani vârsta medie a bolnavelor oncologice depistate primar s-a micșorat cu circa 5–6 ani ceea ce influențează considerabil asupra situației demografice în Republica Moldova.

În structură morbidității prin tumori maligne la copii prevalează 3 localizări de bază: hemoblastozele – 46,7%, țesuturile moi/oase – 22,7% și afecțiunile creierului – 9,3%.

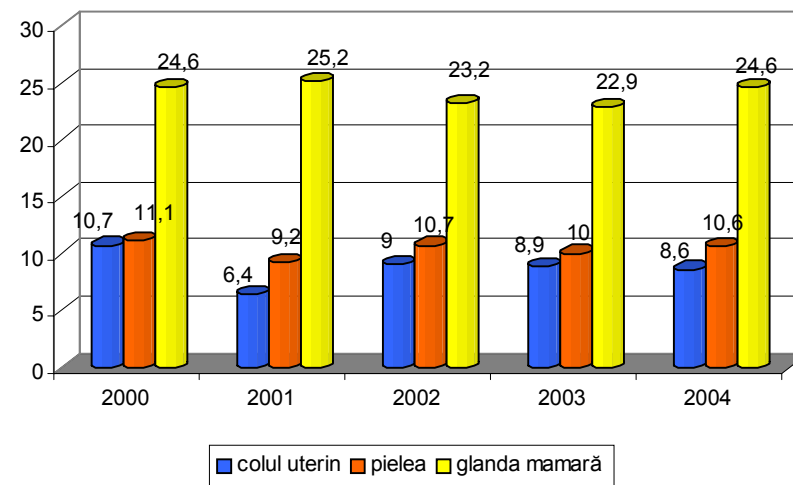


Figura 7. Structura morbidității oncologice în R. Moldova la femei (2000–2004)

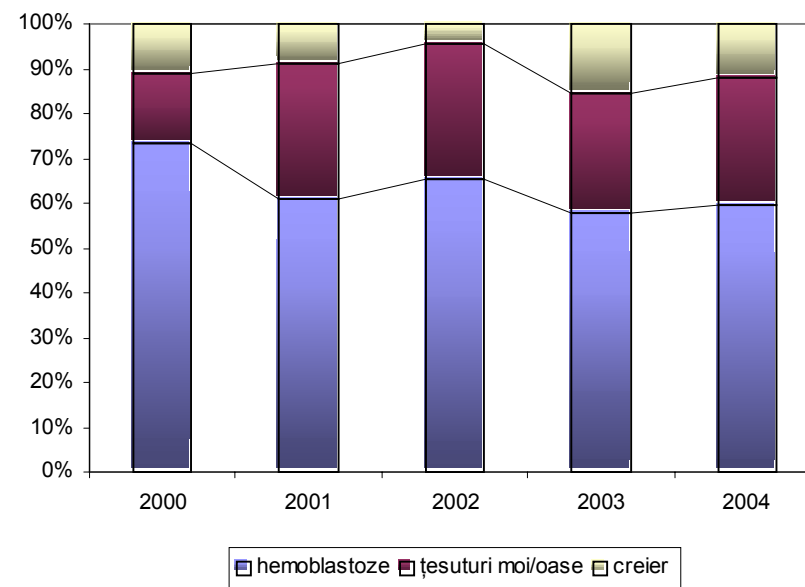


Figura 8. Structura morbidității oncologice în R. Moldova la copii (2000–2003)

În fenomenul afectării populației de către tumorile maligne, specialiștii oncologi din diverse centre oncologice internaționale remarcă un decalaj demografic în vârsta medie a bolnavilor de neoplazii. Și în Republica Moldova are loc așa numita “întinerire” a cancerului de care ne vorbesc și datele expuse:

Timp de 6 ani 1999–2004 vârsta medie a bolnavilor depistați primar de cancer a scăzut cu circa 3,1 ani, ceea ce ne pune în gardă atât în plan medical cât și social, economic și demografic.

Un rol deosebit de important în diagnosticul, tratamentul și reabilitarea bolnavilor oncologici revine depistării precoce (st. I–II) a tumorilor maligne. În decurs de 3 ani acest indice este aproximativ constant, iar în anul 2004 a constituit 29,7% față de 29,1% în 2003. Pe diverse localizări acest nivel este diferit și anume:

- stomac 4,9% în 2004 – 5,4% în 2003, plămâni 13,7% în 2004 – 11,6% în 2003, colon 15,0% în 2004 – 21,6% în 2003, rect 26,7% în 2004 – 27,8% în 2003;
- corpul uterin 68,9% în 2004 la 64,8% în 2003, gl. mamară 54,5% în 2004 la 56,8% în 2003, ovarii 23,6% în 2004 – 34,2% în 2003, cancerul colului uterin 48,0% – 42,2% în 2003.

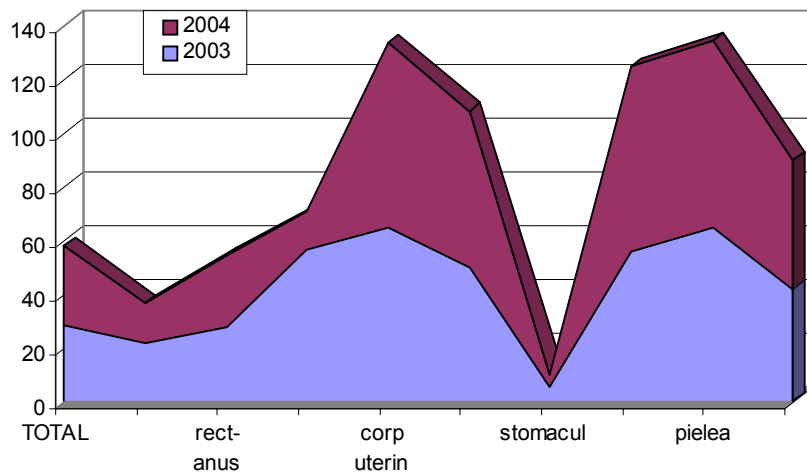


Figura 9. Nivelul depistării precoce (st. I–II) a tumorilor maligne în R. Moldova

Nivele mai scăzute s-au înregistrat în cancerul cavității bucale 6,6% în 2004 – 5,9% în 2003, cancerul pielii 70,1 în 2004 – 64,7% în 2003, cancerul buzei 68,8 în 2004 – 56,3% în 2003.

La rândul său depistarea tardivă a procesului malign a scăzut și a constituit în anul 2004 – 26,8% față de 28,3% anul 2003. Dintre raioanele cu indicii depistării tardive mai înalți ca media pe țară sunt: Ialoveni 37,2%, Telenești – 34,7%, Cimișlia – 34,5%, Drochia 34,4% și Cahul cu 34,1%.

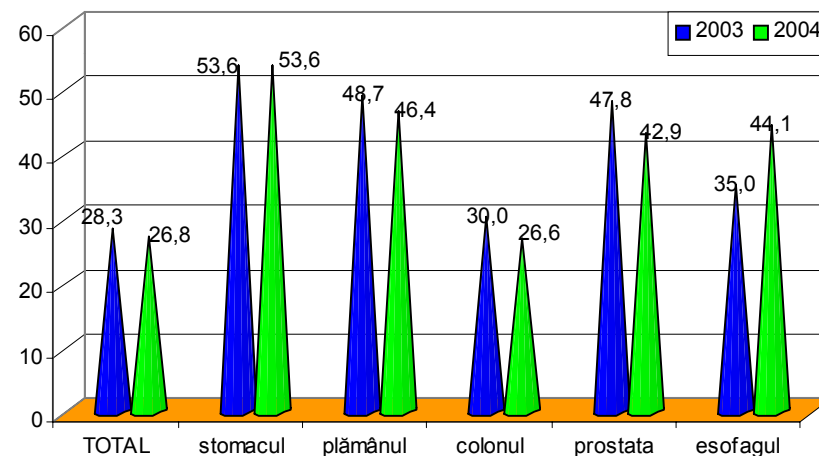


Figura 10. Nivelul depistării tardive (st. IV) a tumorilor maligne în R. Moldova

Cel mai înalt nivel constituie depistarea tardivă în cancerul stomacului – 53,6%, plămân – 46,4%; esofag – 44,1% și prostata – 42,9%.

Localizări vizuale, st. III–IV, cavitatea bucală și faringe – 91,1%, buza – 30,1%, gl. tiroidă – 34,0%.

În contextul depistării tardive este necesar de atenționat asupra indicilor mortalității bolnavilor oncologici.

În lume, după datele OMS, decedează de cancer anual circa 6.200.000 bolnavi, în Republica Moldova – 4546 (2000); 4557 (2001), 4801 (2002) și 4938 (2003), 5037 (2004).

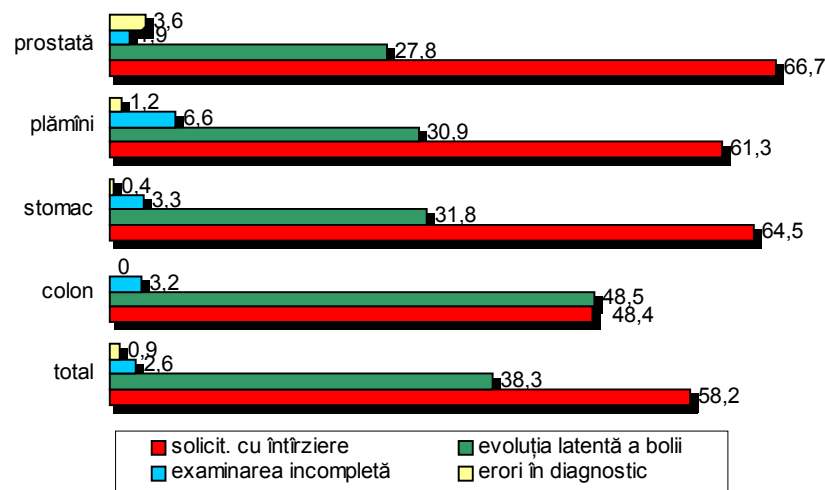


Figura 11. Cauzele avansării tumorilor maligne în R. Moldova pe anul 2004

În structura mortalității prevalează:

Cancerul pulmonar 14,2%, urmat de cancerul stomacal – 8,7%; cancerul glandei mamare – 8,3%; rect – 6,6% și colon – 6,6%. Aceste nivele ale mortalității oncologice sunt cele mai înalte în Republica Moldova.

În contextul depistării precoce a proceselor maligne o atenție deosebită se acordă screeningului citologic în cadrul investigațiilor profilactice și de diagnostic a populației. Serviciul de diagnosticare citologică în condițiile actuale suferă anumite greutăți de ordin organizatoric, economic-financiar și de asigurare. Totodată serviciul activează zilnic, parțial datorită implementării serviciilor contra plată. În contextul reformării sistemului ocrotirii sănătății primare în fiecare raion sunt planificate și s-au pregătit recent cadrele ce activează în laboratoarele citologice. De aceea și activitatea laboratorului citologic este mai joasă, deoarece un anumit volum de cercetări se îndeplinesc în laboratoarele raioanelor și municipiilor.

Așa, în 2004 au fost efectuate 44.659 investigații citologice de la 29357 localizări organice față de 56.846 investigații de la 45.129 localizări organice în 2003, în rezultatul cărora au fost diagnosticate 2.762 procese maligne față de 2.922 în 2003.

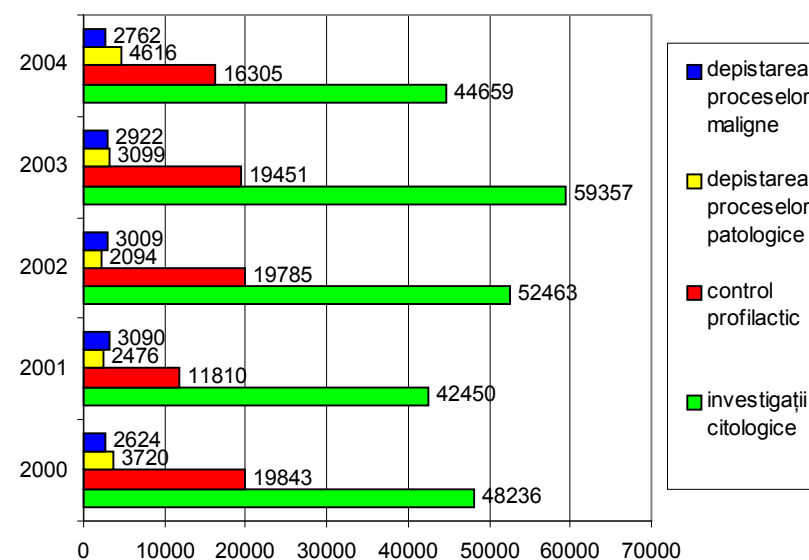


Figura 12. Screeningul citologic efectuat în policlinică

În cadrul activității profilactice au fost supuse screeningului citologic 16.305 femei față de 19.451 în 2003. În rezultat au fost diagnosticate 4.616 procese patologice de col uterin față de 3.098 în 2003. În acest context se impune restabilirea unor verigi ale screeningului clinic și instrumental citologic la toate etapele acordării asistenței medicale primare populației și anume de investigare definitivă a leziunilor interepiteliale de diferite grade.

Confirmarea morfologică a diagnosticului oncologic în mediu a fost stabilit în 80,2% cazuri, inclusiv pe localizări: buza – 97,9%, cavitatea bucală – 99,0%, stomac – 77,9%, colon – 83,6%, rect – 90,6%, laringe – 90,2%, plămâni – 50,0%, oase – 92,8%, melanom – 100,0%, t.m. ale pielii – 99,5%, țesut. moi – 91,0%, gl. mamară – 95,3%, col uterin – 98,2%, corp uterin – 96,8%, ovarii – 90,4%, prostata – 91,4%, vezica urinară – 80,6%, gl. tiroidă – 98,8%, hemobl. – 98,0%.

Un loc aparte ocupă invaliditatea primară în oncologie, care deține locul II după afecțiunile cardiovasculare. În 2004 pondrea invalidității

primare a crescut cu 4,5% de la 14,0% la 19,5% și anume: în 2004 au fost încadrate în grad de invaliditate în grade de invaliditate 2.254 persoane față de 1557 persoane în 2003. Cele mai frecvente patologii invalidizante sunt cancerul mamar – 23,4%, cancerul tractului digestiv – 17,4%, cancerul pulmonar – 16,2%, tumorile capului și gâtului – 12,1%, tumorile sistemului reproductiv. – 11,6%.

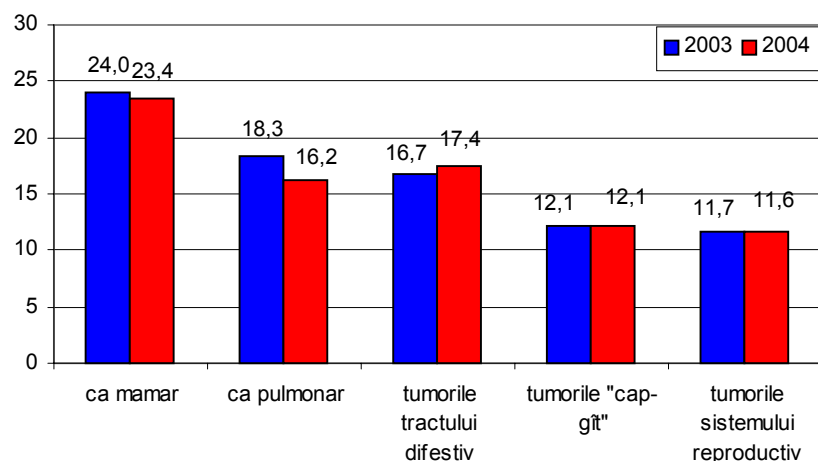


Figura 13. Încadrarea pacienților oncologici în grade de invaliditate (total 2003 – 1557, 2004 – 2254)

În Republica Moldova în "Cancer-Registru" unificat sunt introduse datele a 35.576 bolnavi oncologici care alcătuiesc grupa de dispensarizare, din ei (60,2%) sunt la evidență în policlinica oncologică. Aceste date sunt stabilite pe parcursul ultimilor 3–4 ani.

Merită atenție faptul că pe parcursul acestor ani, datorită măsurilor organizatorice întreprinse în republică și dezvoltării legăturilor cu rețeaua generală, numărul frecvențarilor secundare dintre care cu țel de dispensarizare este stabil și alcătuiește 18.640 (64,9%) față de 18.880 (65,4%) în 2003.

Rolul principal în Combaterea Cancerului în Republica Moldova î-l ocupă Institutul Oncologic. Apoi serviciile municipale sunt reprezentate de către secțiile oncologice din Bălți și Chișinău,

dispensarul oncologic din Tiraspol, iar în raioanele republicii – de cabinetele oncologice.

În Republica Moldova ca și în majoritatea țărilor europene incidența cancerului este într-o creștere moderată. Pentru a efectua o analiză mai amplă am studiat indicii morbidității și mortalității prin tumori maligne în Republica Moldova în perioada anilor 1980–2004.

Morbiditatea și mortalitatea prin tumori maligne în Republica Moldova în perioada 1980–2004, inclusiv perioada Programului de combatere a cancerului

anii	morbiditatea		mortalitatea	
	c.a.	La 100 000 loc.	c.a.	La 100 000 loc.
1980	5860	149,0	3515	95,0
1985	7229	177,4	4467	108,6
1990	7819	179,2	5625	130,8
1995	7314	168,5	5785	133,3
1998	6931	160,7	5563	129,6
1999*	6350	148,3	5567	129,9
2000*	6786	158,5	4546	124,7
2001*	7097	166,1	4655	128,2
2002*	7390	173,0	4801	132,5
2003*	6379	176,6	4938	136,7
2004	6851	189,7	5037	139,4

* – fără Transnistria

Astfel, în anul 1980 morbiditatea a constituit 149,0%, mortalitatea – 95% în a. 1990 acești indici au fost de 179,2% și respectiv 130,8%.

Din anul 1998, odată cu implementarea în practică a Programului Național de combatere a cancerului s-a observat o ameliorare ușoară a situației, indicii morbidității și mortalității stabilindu-se la cifre medii de 160,7% (morbiditate) și 129,6% (mortalitate).

Morbiditatea prin tumori maligne în Republica Moldova în funcție de sex a constituit în a. 1980 – 159,3% bărbați și 148,9% – femei, ajungând în a. 1995 la 178,2% – bărbați și respectiv 158,4% femei.

În ultimii ani, odată cu introducerea Programului Național de Combatere a cancerului s-a observat o scădere ușoară a morbidității prin tumori maligne la bărbați (172,7% – în a. 2002) și o creștere a morbidității la femei (162,8% – în a. 2002).

Referitor la morbiditatea prin tumori maligne în rândurile populației rurale și urbane menționăm următoarele: dacă în a. 1995 indicii morbidității la populația urbană a atins cifra de 188,2%, în 2002 acest indice a scăzut până la 129,8%.

Pe când morbiditatea în rândurile populației rurale a crescut de la 168,5% în a. 1995 până la 209,2% în a. 2002.

Această situație se explică, probabil prin aceea că în acești ani medicina rurală se află în stare de reformă și migrația populației rurale aptă de muncă în străinătate.

Morbiditatea prin tumori maligne a populației din Republica Moldova (urban / rural)

ani	urban	rural
1980	180,8	124,1
1990	200,0	170,7
1995	188,2	168,5
1998	122,8	194,2
1999*	196,7	135,7
2000*	183,4	143,1
2001*	191,6	155,1
2002*	189,0	160,8
2003*	199,6	168,6
2004*	196,2	187,4

* – fără Transnistria

Analiza structurii morbidității prin tumori maligne în funcție de vârstă a demonstrat că schimbări esențiale de la momentul inițierii Programului Național de combatere a cancerului nu au avut loc. Vârsta cea mai afectată s-a dovedit a fi 50–59 de ani și 60–69. Pe lângă aceasta s-a mai observat o creștere considerabilă a indicilor morbidității la persoanele de vârstă mai tânără, 30–39 de ani, de la 4,2% în 1980 la 15% în 2002.

Analiza dinamicii morbidității din punct de vedere structural a demonstrat că și în anii precedenți cea mai înaltă morbiditate o are cancerul mamar (38,6%) în 1998 și 40,3% în 2002, pe locul doi se plasează cancerul pulmonar (19,1% în 1998 și 19,4% în 2002).

Cancerul de col uterin (13,9% în 1998 și 14,9% în 2002), cancerul gastric 11,8% în 1998 și respectiv 11,7% în 2002, hemoblastozele 10,9% în 1998 și 9,5% în 2002.

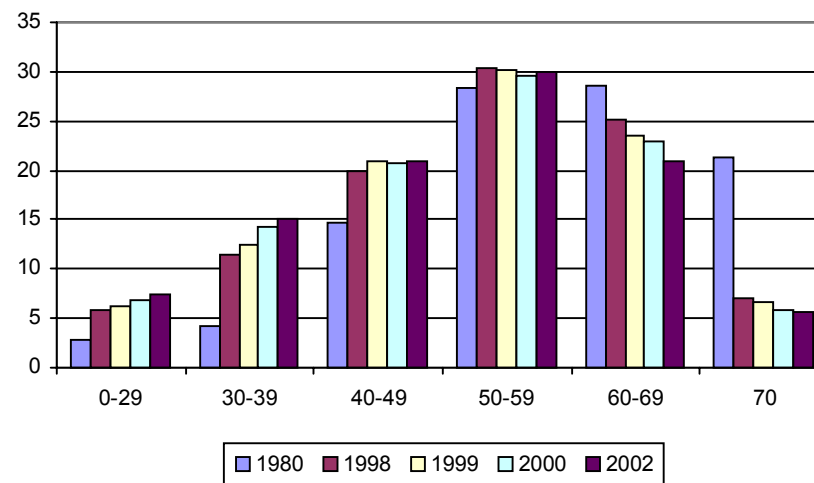


Figura 14. Structura morbidității prin tumori maligne pe grupe de vârstă în Republica Moldova

La copii structura morbidității a rămas aceeași, pe primul loc plasându-se hemoblastozele cu incidența de 61% în 1998 și 44,3% în 2002, pe locul II tumorile țesutului osos (13,3% și respectiv 20,6%), pe locul III – tumorile creierului (11,4% în 1998 și 3,1% în 2002).

S-a observat o creștere considerabilă a incidenței tumorilor osoase (de la 13,3% la 20,6%) și o scădere a incidenței tumorilor creierului (11,4% – 3,1%).

Analizând structura mortalității prin tumori maligne în Republica Moldova în perioada aplicării Programului Național de combatere a cancerului se observă aceeași structură calitativă, variind doar valorile numerice ale indicilor mortalității.

Astfel, pe primul loc se plasează mortalitatea prin cancer pulmonar, fiind de 17,3% în 1998 și de 13,6% în 2002, pe locul II – cancerul gastric (10,6% în 1998 și 9% în 2002), cancerul glandei mamare a rămas pe locul III, indicii mortalității crescând de la 8,5% la 8,6%, pe locul IV după mortalitate se plasează hemoblastozele (7% – 1998), pe locul V – cancerele recto-anale (5,6%–6,3%).

Așa, analiza prevalenței și supraviețuirii la 5 ani a bolnavilor de

cancer a arătat că indicii într-o ușoară creștere în rezultatul aplicării Programului Național în unele localizări.

Prevalența în cancerul glandei mamare a crescut de la 313,8% în 1999 la 334,2% în 2002, în hemoblastoze – de la 61,4% la 65,9%, cancerul de colon de la 38% la 39,7%. Cancerul glandei tiroide de la 21% la 26,7%.

Supraviețuirea la 5 ani a crescut în mai multe localizări:

	1999	2002
Glanda mamară	50,8%	53,1%
Hemoblastoze	48,6%	52,5%
Cancer gastric	35,1%	37,0%
Cancerul cavității bucale	26,9%	30,2%

Un rol aparte ocupă organizarea acordării asistenței medicale consultative oncologice populației rurale din raioanele și satele țării. IMSP IO anual organizează echipe mobile consultative care timp de 5–6 zile efectuează controale profilactice populației la locul de trai, unde se depistează, apoi ulterior se asanează patologii oncologice depistate. În tabel este redată situația cuprinderii cu control profilactic a populației rurale.

Activitatea brigăzilor consultative în anii 2000 – 2001 – 2002

Județ	Consultații	DEPISTAȚI		
		Precancer 1 b	Tumori benigne	Cancer și suspiciune la cancer
UNGHENI 15.05-19.05.2000	430	46	25	11
ORHEI 22-26.05.2000	674	66	71	20
LAPUȘNA 12.06-16.06.2000	502	25	35	21
CAHUL 19.06-23.06.2000	890	36	38	27
TARACLIA 26.06-30.06.2000	361	31	21	10
GAGAUZIA 26.06-30.06.2000	660	30	15	15
SOROCA 25.09-29.09.2000	487	28	54	19
TOTAL	3998	262	259	112

Activitatea brigăzilor consultative în anii 2000 – 2001 – 2002 (continuare tabelului)

Județ	Consultații	DEPISTAȚI		
		Precancer 1 b	Tumori benigne	Cancer și suspiciune la cancer
TIGHINA 21.05.-25.05.2001	352	11	5	20
EDINEȚ 28.05.-01.06.2001	1036	25	15	25
CHIȘINĂU 04.06.-09.06.2001	1078	15	13	19
TELENEȘTI 25.06-29.06.2001 16.07-20.07.2001 /CONTROL PROFILACTIC/	2372	118	96	51
BĂLȚI 24.09.-08.09.2001	836	76	50	52
TOTAL	5674	245	179	167
SOROCA 27.05.-31.05.2002	900	36	78	25
CHIȘINĂU 03.06-07.06.2002	1070	85	125	77
UTA GAGAUZIA 10.06.-14.06.2002	641	30	29	13
UNGHENI 24.06-28.06.2002	1375	81	62	43
TARACLIA 07.10-11.10.2002	314	16	25	4
TOTAL	4300	248	195	162

Activitatea brigăzilor consultative în anul 2003

Raionul	Consultații	DEPISTAȚI		
		Precancer 1b	Tumori benigne	Cancer și suspiciune la cancer
Hîncești 15.09-19.09.2003	60	2	3	3
Drochia 20.09-26.09.2003	275	6	12	10
total	335	8	15	13

Activitatea brigăzilor consultative în anul 2004

Raionul	Consultații	DEPISTAȚI		
		Precancer 1 b	Tumori benigne	Cancer și sus pe ciune la cancer
SAPTAMÎNA „ANTICANCER“ 31.05-04.06 2004 A.				
Orhei	239	31	15	15
Hîncești	210	35	16	12
Cruileni	134	12	6	4
Strășeni	150	20	12	5
Ialoveni	135	11	6	2
Anenii-noi	126	16	3	2
Total	778	125	58	40
Șoldănești 21-25.06.2004	264	26	6	13
Drochia 13.09.-17.09.2004	496	17	4	18
Călărași 20.09.-24.09.2004	172	11	5	8
Cimișlia 27.09.-01.10.2004	124	41	7	6
Ungheni 11.10.-15.10.2004	327	53	4	11
Total	1229	138	26	56
TOTAL	2007	263	84	96

Această metodă de organizare a acordării asistenței medicale sporește mult ameliorarea accesibilității populației rurale la asistența specializată oncologică și la asanarea patologiilor depistate la un nivel înalt profesional.

Pentru implementarea principiilor de asistență medicală prin asigurări obligatorii în oncologie sunt necesare următoarele remanieri:

1. Asigurarea cu oncologi raionali și responsabili de oncoginecologie de către Ministerul Sănătății, medicii șefi a raioanelor de comun acord cu IMSP IO în toate teritoriile țării.

2. Organizarea de către oncologii raionali și responsabililor pe oncoginecologie a controalelor profilactice a populației (mărirea în fiecare an cu 1,5% a stadiului I de depistare activă).

3. Acordarea ajutorului organizator-metodologic din partea IMSP IO în organizarea controalelor profilactice prin intermediul curatorilor raioanelor și brigăzilor consultative în teritoriu.

4. Funcționarea eficientă a cabinetelor controalelor profilactice oncologice și specializarea moașelor și asistentelor medicale din aceste cabinete în IMSP IO.

5. Asigurarea îndeplinirii prevederilor ordinului nr. 68 din 10.03.05 „Referitor la unele măsuri direcționate spre ameliorarea serviciului citologic” în organizarea screeningului citologic și analizelor morfologice de către laboratoarele interraionale cu perfecționarea cunoștințelor citologilor și morfopatologilor în condițiile IMSP IO.

6. Asigurarea medicilor de familie și medicilor din rețeaua generală cu materiale didactice și ilustrative inclusiv: recomandări metodice, broșuri, pliante, bucle pe fiecare localizare de către colaboratorii IMSP IO.

7. În scopul diagnosticării precoce a patologiei oncologice a aproviziona cu aparataj și instrumentariu de diagnostic endoscopic, colposcopic, ecografic a tuturor raioanelor.

8. Oncologii raionali de comun acord cu curatorii raioanelor pe oncologie a organiza trimestrial analiza cazurilor depistării tardive cu discutarea lor la consiliile medicale și primirea deciziilor corespunzătoare.

CAPITOLUL II

REABILITAREA MEDICO-SOCIALĂ ȘI INVALIDITATEA ONCOLOGICĂ

2.1. ASPECTELE MEDICO-SOCIALE ALE REABILITĂRII ÎN ONCOLOGIE

Reabilitarea bolnavilor oncologici se consideră printre problemele de cea mai mare actualitate, iar în ultimul timp aceasta a beneficiat de explorări valoroase și de susținutul interes al multor specialiști în domeniu. Îngrijirile de reabilitare a bolnavilor oncologici devin acum o etapă inerentă de curăție în legătură cu marele procent de canceroși vindecați și de pacienți care au suportat tratamente specifice în formulă complexă. Nu întotdeauna se pot trasa linii demarcatoare între tratamentele anticanceroase propriu-zise și activitățile de reabilitare, acestea fiind de fapt un proces unic, indelimitabil de asistența ce tinde spre restabilirea fizică și reîncadrarea socială a bolnavului.

Progresele considerabile ale asistenței oncologice s-au reflectat în efectele de prelungire a intervalului de supraviețuire postcurativă. Двойрина В.В. и соавт. (1995), Трапезников Н.Н. и соавт. (1996, 1998) estimează că în spațiul Federației Ruse supraviețuiesc peste termenul de 5 ani postdiagnostici circa 50% din bolnavii tratați radical pentru tumori maligne, iar în Republica Moldova, conform datelor relatate de D. Sofroni și colab. (1999) – 48%. Această realitate a impus printre sarcinile prioritare ale serviciilor de asistență oncologică (și nu doar) reabilitarea acestei categorii de bolnavi.

Recuperarea medicală adecvată în viziunea modernă a specialiștilor presupune un sistem unic de redresări fizice, psihosociale și economice, menite să stimuleze rezervele funcționale compensatorii ale bolnavului pentru a-l pregăti pentru reintegrare socială și reincludere în cursul normal al vieții.

Alt deziderat de esență prevede, în primul rând, contactul adecvat cu pacientul, prin care acesta să se antreneze activ în procesul de

curăție și redresare a unor funcții organice, dar și a diferitor relații sociale: de muncă, colective, familiale ș.a..

Cel de al doilea principiu, la fel de important pentru asistența de reabilitare modernă este complexitatea prevederilor de îngrijire dirijată: psihoterapie, terapie de muncă, orientarea profesională, activități sociale. Proba de efect a acestor acțiuni ar fi calitatea de reintegrare a bolnavului în mediul social, familie, în profesiune.

Pentru domeniul asistenței oncologice cele stipulate de tratamentul recuperator sunt acțiuni de maximă necesitate, dar considerând dificultățile de conștientizare a diagnosticului sumbru, de accepție a tratamentelor specifice și a consecințelor nefaste, bolnavii canceroși acceptă greu, uneori foarte circumspect îngrijirile de recuperare, efectele acestora survenind uneori doar în timp. Astfel, după Герасименко В.Н. с соавт., 1978, 1981, 1986 pentru succesul plinar al tentativelor de reabilitare este absolut inerent abordul curativ complex, care să considere toate aspectele problemei – medicale, profesionale și sociointegrative, prin care bolnavii canceroși să se resocializeze maximal, să se recupereze ca valoare individuală și socială, să se amplaseze adecvat în muncă. Efectul scontat al acestor programe de redresare psiho-funcțională este reincorporarea medico-socială a bolnavilor cu neoplasme maligne și reducerea considerabilă a infirmităților funcționale definite de asemenea afecte.

De remarcat că în Republica Moldova invalidizarea prin neoformațiuni maligne este în continuă ascensiune, în structura maladiilor invalidante cancerelor revenindu-le primele 2 locuri. Această realitate nu este însă o fatalitate, deoarece proporțiile ei sunt direct proporționale cu nivelul asistenței medicale, eficiența reformelor în medicină, calitatea prevenției anticanceroase și oportunitatea diagnosticului – și desigur de bunăstarea tuturor păturilor sociale.

Indicii de invalidizare se referă la criteriile esențiale ale statutului de sănătate a populației, dar este adevărat și faptul că excluderea îndelungată a persoanelor cu anumite disabilități funcționale din ritmul muncii, izolarea lor artificială conduc adesea la pierderea orientării profesionale, interesului de muncă social utilă. Astfel se limitează numerarul resurselor de muncă și implicit se multiplică pierderile

economice. Toate acestea denotă imperfecțiunile evidente ale sistemului de determinare a incapacității de muncă în Republica Moldova, lacune care necesită elucidarea cauzelor ce le-au definit și elaborări pentru alte modalități de abord al problemei în cauză. Nivelul actual al cunoștințelor în domeniu favorizează abordul adecvat al problemei cu soluții optime pentru anumite spații geoeconomice [339, 385]. Devine evidentă necesitatea cercetărilor pentru metodicitatea procesului de redresare funcțională conformă principiilor moderne de reabilitare complexă și adaptare socio-profesională a bolnavilor canceroși din teritoriul Republicii Moldova.

Realizarea plenară a unor asemenea programe este un imperativ curent, deoarece sistemele de servicii pentru asistența recuperatorie a bolnavilor din majoritatea unităților sanitare ale țării nu se conformă standardelor internaționale nici ca nivel medical, nici ca valoare socială.

Această stare de lucruri după Блохин Н.Н. с соавт., 1979, Gh. Țâbârnă, 1987 influențează indicatorii letalității în primul an postdiagnostic apoi și eficiența etapei de tratamente și îngrijiri dispensarizate. Este o dovadă în plus pentru elaborarea unor programe funcționale de reabilitare medicală complexă și readaptare socio-profesională, care au ca efect final diminuarea invalidității și deceselor printre bolnavii canceroși.

Disensiunile de opinii ale diferitor specialități medicale asupra șanselor de reabilitare profesională a bolnavilor oncologici sunt defavorabile anturajului de revenire la normalitate a acestui grav contingent. Reintegrarea profesională a bolnavilor cu neoplasme maligne este adesea dificilă de exagerările clinico-prognostice și, implicit, de prelungirea termenelor de incapacitate profesională, care sunt în detrimentul reconfortării și reabilitării funcționale a acestor pacienți.

2.1.1. Orientarea valorică și disponibilitatea profesională a bolnavilor oncologici după tratament radical

Explorări clinice și psihologice au menționat în repetate rânduri importanța unor factori ca cei prezentați de orientarea socială și valorică a bolnavilor, interesele și motivația comportamentală postcurativă, dar

și de anturajul psihosocial, în care se includ acestea după externare. Astfel, conform observațiilor raportate de Швецова Г.Н. и соавт. (1978); Герасименко В.Н. (1979), Артюшенко Ю.В. (1980); Чулкова В.А. (1980); Ушверидзе Д.Г. и соавт. (1996); R. Abratt et al. (1985) și S. Auchincloss (1995) un factor compensator de pondere considerabilă este revenirea la serviciu, reintegrarea socio-profesională completă sau parțială a bolnavului ce a suportat tratamente agresive.

Între factorii sociali și familiali, care sunt benefici revenirii în activitățile obișnuite se impune prioritar atitudinea binevoitoare a mediului social și a familiei acestuia față de capacitățile funcționale reale sau posibile ale bolnavului, stimulând astfel intențiile lui de reîncadrare profesională după curele complexe.

Realizarea orientării spre activități sociale se desfășoară firește într-un spațiu social care este sau nu tolerant față de bolnavul canceros. De menționat, însă, că bolnavii vor reveni în câmpul muncii nu doar din pomiri proprii, este indispensabilă și disponibilitatea societății să îi accepte.

Literatura de specialitate din diferite țări ale lumii explorează cu viu interes problematica definită de ambianța familială a bolnavului canceros, de climatul priincios depășirii stărilor de tensiune și anxietate, care depinde la modul direct, de capacitatea celor apropiați bolnavului de a-l accepta așa cum este și de a-i stimula siguranța în propria valoare și speranța unui viitor mai bun.

Asemenea relații socio-familiale vor defini în ultimă instanță gradul și eficiența reîncadrării socio-profesionale a bolnavului, dispoziția și disponibilitatea lui de activitate socială, habituală și profesională. Se accentuează în acest sens că bolnavul, familia și medicul ar trebui să organizeze un “bloc de interacțiune”.

M. Kurihara et al. (1995), Y. Inoue et al. (1995), I. Hendriks et al. (1996), V. Chiupyatova et al. (1998) sunt și mai categorici, ei afirmând că pentru reabilitarea plenară a bolnavului asistat pentru neoplasm malign sunt de primă importanță anume atitudinea favorabilă și adecvată a mediului socio-familial. Caracterul și predispunerea de muncă sunt rezultanta anturajului familial și a celui de accept social, căci anume la acest nivel bolnavul se confruntă cu dificultăți care sunt la fel de complexe ca și cele apărute în procesul de curăție a bolii neoplazice.

Acuitatea relațiilor sociale în raport de bolnavul canceros este tensionată important de o serie de factori, cum ar fi activitatea profesională, mai exact, reluarea funcțiilor de serviciu, care în cazul multor pacienți se întâmplă la scurt timp după tratamentele radicale și care, precum remarcă autorii, sunt benefice încadrării sociale eficiente (Bohnson C. et all, 1996, Larsen J. et all, 1996). Un alt studiu realizat de Марилова Т.Ю. (1984), urmărea în posttratament bolnavii ce s-au reîncadrat în câmpul muncii, constatând că majoritatea lor au evoluat prin activizarea funcțiilor compensatorii și statut emotiv favorabil. Și din contra unii din cei care s-au calificat cu handicap funcțional (invaliditate), prezentau mecanisme compensatorii subnormale sau cu tendință spre diminuare.

Progresele considerabile ale oncologiei clinice s-au reflectat în marele număr de canceroși, care în lipsa complicațiilor postoperatorii și a recidivelor malade revin la muncile profesate anterior în termen scurt după cura de tratament radical. Este adevărat că ponderea acestor pacienți este diferită în raport de localizarea procesului tumoral. Sunt mai numeroase relatările ca Bucusanto Actal 1995, De Valck et all 1996, Kyan L.S. 1996 care deduc că majoritatea bolnavilor cu invaliditatea de gr. II revin în câmpul muncii în cursul primilor 2 ani postcurativi.

De Valck C. et al. (1996), examinând capacitatea de muncă și necesarul de asistență și supraveghere medicală, deduce că 66,4% din aceștea au revenit complectamente la vechiul regim de viață, 61,9% sunt și apți de muncă. Демин Е.В. и соавт. (1989, 1990) au indicat asupra faptului că în procesul de reabilitare se va include obligativ și un asistent social, căruia îi revine să se îngrijească de reabilitarea profesională a bolnavului canceros. Cercetările asupra factorilor ce orientează și definesc major calitatea procesului de reabilitare funcțională, realizate de Мелников Р.А. и соавт. (1977), au demonstrat că stadiul afectului malign și caracterele tumorii sunt cele ce influențează determinist reabilitarea practică a capacităților funcționale.

Explorări paralele, vizând elucidarea corelațiilor cauzale ale reintegrării socioprofesionale în funcție de prioritățile componentului personal, au fost efectuate în diferite timpuri de către Демин Е.В., 1989, 1990, 1996, Милютин Р.М., 1998 ș.a.

Герасименко В.Н. и соавт. (1978, 1981) au insistat să precizeze motivele revenirii sau nerevenirii în câmpul muncii și dependența acestor decizii de orientările valorice. Diferă mult și atitudinea față de propria sănătate, unii (43,6%) susținând că sănătatea este cel mai de preț vestigiu, alții (36,6%) menționează prioritatea graduală a altor valori (profesiunea, prietenii), 19,8% din cei chestionați au anunțat că gândurile despre propria sănătate le provoacă tensiune psihică. Printre persoanele care s-au reîncadrat în muncă prevalează cei din ultima categorie de bolnavi.

Семиглазов В.Ф. и соавт. (1978) au urmărit corelații directe între atitudinea față de statutul de sănătate și revenirea la profesiune. Astfel printre bolnavii care s-au reinserat în activități sociale au fost majoritari (75,6%) cei care se orientează predilect spre alte valori sociale decât propria sănătate. Cel mai puțini printre reintegrații în câmpul activităților socialmente utile sunt bolnavii care consideră sănătatea o valoare supremă.

Unele investigații care cercetase influențele factorilor motivaționali asupra calității de reabilitare a bolnavilor cu tumori mamare au evidențiat că ieșirea din starea de stres are două alternative, în funcție de prioritatea ce se acordă statutului de sănătate printre alte valori umane. Astfel, femeile care consideră că sănătatea este un lucru important, dar nu supradominant, și care credeau mult mai de preț activitatea lor profesională sau bucuriile căminului familial, urmau un proces de reabilitare mult mai favorabil (Демин Е.В. 1990, Язов В.А. 1978).

Узунова В.Г. (1978, 1985) urmărea comparând modul de viață antemaladiv cu cel postcurativ, că perturbările de activitate vitală și profesiofuncțională sunt consecința stresului din boala cancerosă. Autoarea deduce că în viața activă sistemul de precepte valorice este stimulantul cauzal al componentului social. De altfel, în programul de valori primordiale ale bolnavului oncologic sănătatea ocupă o poziție specială și se implică cu rolul de mecanism reglator al reabilitării sociale în cazul acestor bolnavi.

Герасименко В.Н. с соавт. 1986, Демин Е.В. 1990 au realizat investigații în sfera preceptelor valorice în raport cu nivelul instruirii și implicit cu gradul orientării profesionale a bolnavilor testați, determinând

corelații între cultura de instruire și proprietățile valorice și anume: bolnavii cu nivel inferior de instruire tind spre apreciativul sănătății ca valoare supremă. Destul de relevantă este și apartenența socio-profesională, pentru că persoanele ce execută munca predilect fizică consideră de preț major starea sănătății, de vreme ce intelectualii preferă valori în detrimentul sănătății. Conform statisticilor relatate de Семиглазов В.Ф. и соавт. (1978), indiferent de divergența criteriilor estimative și caracteristicilor procesului neoplazic, incidența revenirilor la serviciu a bolnavilor ocupați anterior în munci nonfizice și supercalificate este de 2-3 ori mai superioară decât în loturile de bolnavi ce au profesat munci fizice.

Conform cercetărilor lui Григорьев В.Г. с соавт. 1990, Скобле Е.С. 1981 printre bolnavii ce s-au reîncadrat în muncă numărul de persoane ce practică munci fizice, alte activități nonfizice calificate și cei ce profesază în domenii de performanță intelectuală s-a dovedit aproximativ egal.

S-a mai urmărit, că după câțva timp de la tratamentele specifice bolnavii resimt necesitatea de a se angaja în diferite activități sociale. Aceasta se referă în primul rând la persoanele tinere, solitare sau divorțate, la femeile fără copii, la persoanele cu nivel superior de instruire. Unele relatări ale Hopwood P. 1996, Macbeth F. Et all, 1996 menționează că revenirea la muncă este necesară pentru reafirmare, uneori se invocă și motive de ordin economic, dar acest proces este strict dependent de profesiune, calificare, nivelul de instruire generală și profesională, de munca profesată și sistemul de precepte valorice ale pacientului, de tendința lui spre activitatea socială și desigur de posibilitatea lui de adaptare într-un colectiv concret.

S-au întreprins și eforturi pentru precizarea factorilor ce definesc revenirea în câmpul muncii care să fie clasificați respectiv, deoarece, o multitudine de premise se implică cauzal și uneori determinist în revenirea spre activitatea social-utilă. După Надирашвили Ш.А. 1997 disponibilitatea de muncă este tributară însă nu doar unor factori predictorii, este esențială influența stereotipurilor, obișnuințelor și a regulamentului de viață a fiecărui individ. Sunt totuși indispensabile cercetările ce ar preciza legitățile generale și mecanismele prin care se

explică un sau alt comportament față de activitatea de muncă, pentru că este important a se depista niște modificări tipice la bolnavii asistați prin tratamente agresive, precizând caracterul schimbărilor din conștiința acestora, sfera motivațională, pentru a delimita mecanismul specific comun al diferitor disponibilități funcționale.

În această ordine de evaluări Тхостов А.Ш. и соавт. (1987) consemnează interrelația structurală a stilului de autoapreciere cu momentul critic traversat, observând că un apreciativ concret relevă de fapt caracterele personale profunde ale subiectului investigat.

În oncologia clinică autoaprecierea ca parametru psihic s-a evaluat doar în cadrul tabloului morbid global, când bolnavii invocă defectul său definit de suferință.

În acest mod de abord explorativ au cercetat mai mulți din autorii consultați de noi. Astfel, conform celor stipulate de Судяков К.В. (1984, 1987) și Николаева В.В. (1987) în cazul bolnavilor oportunitatea apreciativelor privind starea sa de sănătate nu se conformă exact cu nivelul de conservare a funcției de reglare autoapreciativă în ansamblu.

Fiind influențat de numeroase condiții și situații persistente îndelungat, care se repercutează asupra stilului de viață, spiritul de autoapreciere fiind un sistem de precepte dinamice, se modifică respectiv. Procesele neoplazice definesc transformări multiaspectuale în structura personalității bolnavului, ce se referă și la sistemul de autoapreciere, reprezentând o formațiune generalizată maximal și întrunind componentele motivaționale și emoționale revelatoare pentru structurarea personalității.

Dar momentul critic re trăit de bolnavii oncologici conduce la denaturarea cadrului motivațional, prin care se modifică alterativ și spiritul său de autoapreciere, acum mult diferit de cel al persoanelor sănătoase (Тхостов А.Ш. с соавт., 1990).

Pentru a estima orientarea de muncă și rolul acesteea în reconstituirea funcțională sunt necesare însă cercetări speciale, care și în cazul bolnavului canceros să vizeze definirea și argumentarea unui mecanism cât mai general, ce determină predispunerea spre reîncadrarea sociofuncțională și care reflectă modificările reale ce s-au produs în sfera motivațională a subiectului agresat de boală. Dacă ar fi să imaginăm

schematic acest șir de formațiuni interdependente obținem următoarea succesiune: sfera motivațională – autoaprecierea – orientarea spre muncă.

Unele relatări explorative cum ar fi Васильева А.Ю. 1995, Николаева В.В. 1987, Надирашвили Ш.А. 1987 se argumentează necesitatea de a analiza situația morală a anturajului familial și social în formarea și consolidarea orientării de reincludere socioprofesională, capacitatea acestuia de a se adapta adecvat în mediul habitual, social și profesional.

Susținerea morală în aceste situații se poate dovedi benefică reîncadrării sociale a bolnavilor oncologici, deci este o precondiție inerentă asistenței postmedicale. Nu au fost însă realizate suficiente explorări care să vizeze în mod special orientările sociopsihologice și criteriile de readaptare socio-profesională a bolnavilor cu sechele postcurative.

Un lucru rămâne cert în vigoare întotdeauna, că pentru realizarea integrală a tratamentelor de reabilitare se cere considerarea potențialului bolnavului oncologic, dar și a posibilităților și dorinței mediului social de a accepta acest bolnav.

După Аркатов В.А. с соавт. 1981, există situații însă când cel ce are atâta nevoie de susținere morală și emoțională, se confruntă cu atitudinea de repulsie și indolență.

De notat însă: reabilitarea trebuie cercetată ca un proces ce include 2 componente de esență: 1) reabilitarea la nivel individual (corecția predispozițiilor inadecvate) și 2) reabilitarea la nivel social (crearea unor condiții favorabile readaptării socio-habituale și socio-profesionale a bolnavului, inclusiv corective pentru orientările negative din anturajul social etc.

2.1.2. Factorii sociali și influența acestora asupra procesului de reintegrare a bolnavilor oncologici

La etapa inaugurală procesul de reabilitare complexă și argumentată științific a bolnavului cu boală neoplazică presupune elucidarea factorilor ce influențează orientarea socială a bolnavilor, caracterul disponibilității lor funcționale, nivelul de adaptare socio-profesională, precum și a unui set întreg de parametri subiectivi, urmând ca apoi să se elaboreze programe de redresare a devierilor relevate.

Procedeele de curăție modernă a neoformațiunilor maligne conduc adesea la ameliorarea rezultatelor îndepărtate, nu întotdeauna reușind și crearea unor condiții adecvate de supraviețuire a acestor bolnavi. Diferite mutilări cosmetice, demolarea feminității, deteriorarea echilibrului psiho-emoțional, defectul sau pierderea unui sau alt organ, diminuarea sau pierderea completă a capacității de muncă pot genera disconfort psihic și degradarea statutului social. În plus, aceste disabilități funcționale și anatomice provoacă suferința fizică a bolnavului, care trebuie ajutat să o depășească. Deci numai o abordare complexă și sistemică poate ajuta bolnavul oncologic să-și recapete statutul psiho-somatic și echilibrul emoțional.

Adaptarea la statutul de boală, la adversitățile tratamentului specific și incidențele definite de acestea este un proces destul de dramatic și solicitant pentru majoritatea bolnavilor oncologici.

Statisticile estimează că șansele de supraviețuire se diminuează sub presiunea devastatoare a stărilor stresante, care provoacă neputință, irascibilitate, dezasperare și apatie, ce suscită la rândul-i dezechilibre imunoprotective, prin care este stimulată progrediența proceselor canceroase. Stările de stres, conform B. Melnic cu coaut. 1997, Яременко К.В. 1984, ce asociază fenomenele deprimanței, pregătesc uneori dezvoltarea tumorilor maligne hormonodependente ale organelor genitale. În aceste cazuri se implică esențial și perceperea dureroasă a relațiilor sociale inadecvate condiției fizice umane.

Unii exploratori al problemei remarcă faptul că prin creșterea exceselor de glicocorticoizi este stimulată activitatea reproductivă, ce atenuează procesele metabolice și din contra prin accentuarea proceselor metabolice și imunoreactive se atenuează expresia manifestărilor psiho-emoționale și deci a emoțiilor negative, reușind uneori prelungirea perioadei de acalmie a bolii.

În urma tratamentelor de radicalitate majoră bolnavii au de suferit mai ales din cauza prejudiciilor de ordin moral. La acestea, trebuie s-o recunoaștem, concură și lipsa unor programe complexe de propagare a stilului de viață sănătos, care în ultimă instanță vor defini dificultăți de reintegrare și deci de reabilitare adecvată a bolnavilor oncologici.

O serie de investigații în această direcție efectuate de către Dow K. Et al 1996, Followfield L. 1995, Герасименков В.Н. с соавт.

1986 au demonstrat că până și în societățile moderne s-au păstrat reminescente reticentele față de bolnavii canceroși, care sunt deopotrivă dăunătoare pentru reabilitarea plenară a acestora. Mai mult chiar, asemenea inadvertențe se atestă și din partea asistenței medicale, care astfel ignoră principiile abordului sistemic în tratamentul recuperator și generează motive de traumatisme psihice suprapuse celor curente.

Deși trăim în epoca unor performanțe tehnico-științifice excepționale de informatizare, bolnavii de cancer sunt privați de informațiile solicitate de ei, în special, din cauza deliberărilor asupra necesității de a informa sau nu bolnavul asupra diagnosticului ce i s-a emis. Astfel bolnavii oncologici sunt mai des deprimați prin faptul că au fost subinformați sau chiar dezinformați de medicul curant, căutând alte surse de informare, mai accesibile. De maximă valoare în acest sens se pot dovedi emisiunile radio-televizate, publicațiile serviciilor specializate de informatizare, abilitate să propage măsurile și activitățile de prevenție și recunoaștere precoce a unui afect potențial canceros, precum și a șanselor de combatere terapeutică a acestora.

Cu rol definitoriu se pot implica în aceste programe de instruire serviciile de sănătate, medicii de familie, asistenții sociali, unii autori, considerându-i pe cei din urmă responsabili de susținerea psiho-socială a bolnavilor agresați prin maladii grave, anume acestora revenindu-le sarcina să estimeze anturajul socio-habitual al bolnavului supravegheat, deoarece adversitățile sociale pot multiplica major riscul complicațiilor fizice și psiho-sociale.

Newman M. Et al, 1996, Stefanek M., 1995, sunt duspuși să afirme că după scurgerea unui interval de tensiune psiho-emoțională se instalează o remisiune psihologică durabilă, bolnavii revenind la parametre normale de viață socială și profesională, dar asemenea postulate nu consideră toate subterfugiile statutului psiho-emoțional al acestor bolnavi.

Aproape că nu există referiri la faptul că și bolnavii vindecați de neoplasme constituie o forță potențială pentru afirmarea experienței sociale disponibile și că nu li se poate refuza susținerea și ajutorul celor care au traversat dificila cale de susținere a tratamentelor agresive, de vindecare și resocializare.

Experiența acumulată de serviciile de voluntariat American Cancer Society și Reach to Recovery Program – în vederea asistenței de susținere psihologică demonstrează necesitatea și eficiența acestor programe, precum și oportunitatea propagării cunoștințelor oncologice pentru populație. În realizarea acestor programe se antrenează masiv personalul medical mediu, persoane special instruite, uneori chiar din rândurile celor care în trecut au suportat boala neoplazică și, desigur, angajații serviciilor de asistență socială.

În cadrul acestor manifestări se programează discuții cu bolnavii, cărora li se explică esența îngrijirilor speciale ce urmează, complicațiile posibile în termene imediat postoperatorii și la diferite intervale de la intervenția radicală, li se oferă diferite sfaturi socio-habituale, se accentuează necesitatea tratamentelor adjuvante, uneori bolnavii sunt convinși astfel de indispensabilitatea serviciilor de recuperare protetică sau de reconstituire a organului extirpat, de reabilitare a unei funcții pierdute, se inițiază și discuții cu rudele pacienților.

Conform unor referiri, dificilă, uneori chiar inabordabilă, devine mai ales pentru femeile tinere revenirea la raporturile sexuale obișnute după operațiile radicale. Tratamentul radical poate defini în cazul bolnavilor canceroși grave tulburări sexuale, care sunt însă oricum influențate și de factorii psiho-sociali. Astfel că bolnavii agresați prin asemenea cure, atât femei, cât și bărbați au nevoie de instruire specială, care să le ajute să atenueze dificultățile apărute.

Cordero M. și colab. (1998) afirmă că majoritatea femeilor cu tumori mamare preferă intervențiile neradicale, detaliu de mare importanță pentru menținerea sexualității. Dar anume acest moment ne demonstrează elocvent că bolnavele nu au conștiința reală a gravității efectului și nici pregătirea psihologică pentru intervențiile și complicațiile ce urmează adesea. Deaceia în funcție de vârstă, intelect, instruire se pot dezvolta stări de tensiune psihoemoțională de diferită intensitate, inclusiv până la depresiune.

Pe exemplul bolnavilor cu neoplasme dermocutanate s-a reușit postulatul că nivelul de adaptare medico-socială poate spori important chiar după primele convorbiri și explicații oferite de medicul oncolog, vis-a-vis de tratamentele specifice necesare, concomitent fiind

diminuate esențial parametrele stării de depresie, prin care să se obțină ulterior și o plenară reintegrare socio-profesională a acestor persoane.

Cercetările de această manieră raportate de pe alte spații geografice nu dezvăluie, în integru, esența acestor probleme, deși cancerul de piele se implică major în morbiditatea oncologică. În Republica Moldova, de exemplu, acestea cedează ca incidență doar cancerului mamar și pulmonar (Sofroni D. cu coaut., 1999).

Toate momentele punctate la acest subcompartiment sunt independente și devin realmente eficiente după soluționarea problemei despre doza de sinceritate admisă în discuțiile cu bolnavul agresat neoplazic, care adesea nu este în stare să-și conștientizeze boala fiind confruntat concomitent cu numeroși factori de ordin social și psihologic. Oricum în fața dilemei de a anunța sau nu diagnosticul real, considerăm că rămâne valabilă atitudinea strict individuală pentru fiecare caz concret.

Observațiile clinice și explorările în domeniu consemnează univoc relația fidelă dintre rezultatele de recuperare curativă și ambianța socială, compasiunea rudelor și celor apropiați, contactul cu bolnavii oncologici recuperați și, desigur, cu lucrătorii medicali.

Estimată din punctul acesta de vedere, recuperarea medico-socială și reintegrarea profesională a bolnavilor oncologici, ce au urmat tratamente agresive, se prezintă ca o sarcină de valență nu doar medicală, ci ca una de valoare statală.

2.1. STATUTUL GLOBAL DE SĂNĂTATE ȘI CALITATEA VIEȚII – CRITERIU DE SUPT ȘI TIINȚIFIC PENTRU REINTEGRAREA MEDICO-SOCIALĂ

2.2.1. *Elaborări moderne vizând modelul conceptual de calitate a vieții la bolnavii oncologici*

Reabilitarea bolnavului, recuperarea lui funcțională și profesională este indispensabilă de problema “calității vieții”. Depistarea formelor incipiente de neoplasme maligne, tratamentul lor eficient și ameliorarea rezultatelor îndepărtate de curăție radicală au orientat cercetările asupra indicelui de calitate a vieții într-o nouă albie. Actualmente caracteristicile

calitative ale vieții bolnavilor canceroși nu sunt doar rezultatul metodelor moderne de curăție a procesului canceros. După tratamentele specifice bolnavii, fiind presați de suferințe de caracter și intensitate diferită, necesită eforturi considerabile pentru revenirea la statutul anterior de sănătate.

Problemele definite de revenirea la stilul obișnuit de viață sau pentru apropierea maximă de parametrele premorbide, constituie obiective de interes major și pentru că boala neoplazică afectează mai des persoanele de vârstă productivă. Concomitent însă tratamentele radicale și cele specifice lasă amprente dureroase în conștiința bolnavului, suferința sufletească fiind greu recuperabilă, mai ales dacă la acestea se suprapun și grave sechele, defecte și disfuncții, disconfortul psiho-emoțional fiind și mai dezolant, iar șansele de recuperare și readaptare socială fiind reduse frapant.

Nu este de neglijat și maniera de selecție a procedurii de curăție a procesului neoplazic, când diriguitorii ar fi nu tendința de prelungire a intervalului de supraviețuire, ci calitatea acesteia. Dar atitudinea față de aceste deziderate curative, fiind foarte controversată, se pare rațional ca termenul de “calitate a vieții” să nu fie limitat, deoarece fiecare pacient râvnește nu doar o viață calitativă, ci și una de durată.

Devine evidentă poziția de primă prioritate a criteriului de calitate a vieții în evaluarea statutului chinestezic postspitalicesc al bolnavilor oncologici. Acest moment de viață a bolnavilor după Carter J. et al, 1995, Блинов Н.Н. с соавт., 1997, Демин Е.В., 1990 este reprezentat de câteva momente esențiale: ameliorarea rezultatelor îndepărtate de curăție a cancerului, datorate în principal diagnosticului timpuriu al neoplasmelor maligne, dar și noilor elaborări de programe curative.

Acceptul modern al parametrului “calitatea vieții” se definește sub câteva aspecte fizice (durere, vomă, defecte definite de lipsa unui segment sau a unui organ întreg); toxice (consecințele medicației specifice); fericire (bucurie, sexualitate, parteneriat), relații (de familie, colegiale, sociale); psihosociale (defecte cosmetice); financiare, religioase, culturale etc.

Este evident că pentru evaluarea acestui parametru se cer explorări pluridimensionale, iar lucrările și elaborările teoretice relatate până în prezent, consideră Sprangers M. et al., (1993), Демин Е.В. (1990)

sunt nici pe departe suficiente, modelul teoretic al unui asemenea studiu fiind unul insuficient de profund, iar în practica clinică se mai aplică și cu o doză cunoscută de subiectivism, fiecare cercetător examinând doar aspectele ce-l preocupă, desemnându-și și un anumit cadru de parametri revelatorii.

Deaceia pentru viitor ar fi mai recomandabil un model conceptual de “calitate a vieții” la bolnavii oncologici în funcție de sediul procesului neoplazic [224, 245].

Un detaliu important în procesul de estimare a indicelui de calitate a vieții este și persoana ce-l apreciază: medicul sau însăși pacientul. Unii autori (Shimoruma K. et al, 1995, Чулкова В.А. с соавт., 1990, Переводчикова Н.И., 1996) consideră, că medicul trebuie să-i permită bolnavului să-și autoaprecieze boala, doza de subiectivism putând fi eliminată cu ajutorul testelor psihologice, care sugerează detalii despre caracterele personalității bolnavului.

Se polemizează mai ales asupra momentului oportun de executare a examenului estimativ pentru calitatea vieții și ce scop să se urmărească prin acesta. Aaronson N.K. et al, 1993, 1996, Anrai M. et al., 1991, Hietanan P.S., 1986, Sprangers M.A. et al, 1993, sunt de părerea că asemenea evaluări sunt necesare la toate etapele de îngrijire medicală, astfel având la îndemână un indiciu sugestiv în alegerea metodei curative și revederea tacticii de îngrijiri recuperatorii și adaptare psiho-funcțională, în special, când devin imperioase măsurile de asistență medico-socială.

Este indiscutabil că parametrele de calitate a vieții sunt mult mai ample decât cele prezentate de intervalul de revenire a bolnavilor oncologici în câmpul muncii, deși anume acest moment este rezultatul major al tratamentelor recuperatorii, el relevând adaptarea socială adecvată a foștilor pacienți. Reîncadrarea în colectivul de producție îi readuce bolnavului încrederea în sine, în propria valoare.

O viziune magistrală asupra indicelui de calitate au emis Sprangers M. et al. (1986) și Caffo O. et al. (1998), care consideră că aceasta presupune 5 componente definitorii: păstrarea funcțiilor fizice și posibilitatea de a profesa, statutul psihologic, calitatea contactelor sociale, gradul de expresie a suferințelor fizice.

Însăși procesul de evaluare a calității vieții bolnavilor cancerosi este o sarcină complexă, fiind propuse pentru aceasta diferite formule de executare practică a acestui examen estimativ: unele mai simple, altele destul de laborioase. Decizia unor asemenea testări a coincis cu momentul de conștientizare a gravelor efecte adverse suscitade prin aplicarea tratamentelor de eradicare a procesului neoplazic agresiv, proba trebuind să considere acum și modificările de orientare socială – accentuarea atenției asupra problemelor impuse de sindromul algic, asupra nevoilor de reabilitare psiho-socială a cancerosilor.

Cele mai uzitate metode de estimare a calității vieții bolnavilor oncologici ar fi cele ce urmează: 1) Gradația Karnofsky și Burchenal (10 întrebări vizând starea de sănătate a bolnavului se completează cu răspunsuri de către medic); 2) Scorul liniar de autoapreciere (25 de întrebări prin care bolnavul își estimează starea de sănătate); 3) Indicele “calitatea vieții” (CV); 4) Chestionarul de probleme situative (141 de afirmații; 4 compartimente, aprecieri după scorul de 5 puncte); 5) Scorul de psihoadaptare somatică la starea de boală (45 de întrebări divizate în 7 compartimente – evaluări după scorul de 4 puncte – răspunsuri completate de medic și de bolnav), 6) Scorul de evaluare a agitației și depresiei (14 întrebări: se alege una din cele 4 afirmații alăturate întrebării).

De menționat însă că până în prezent nu a fost acceptat un procedeu universal de evaluare a indicelui de calitate a vieții la bolnavii ce au dezvoltat o boală neoplazică și au urmat îngrijiri speciale pentru aceasta.

Cadrul și volumul de activitate funcțională în anturaj cotidian, percepția propriei sănătăți, susținerea morală a familiei și prietenilor sunt imaginate prin câțiva indici și criterii [106]. În baza indicilor obținuți se construiește o curbă evolutară, pe care să se distingă câteva puncte reprezentative: debutul, evoluția bolii și perioada postcurativă. Bastian U. et al. (1998) au examinat parametrele de calitate a vieții prin tehnica de autoapreciative la bolnavii cu tumori mamare, demonstrând eficiența unui asemenea procedeu, rezultatele mulțumindu-i pe exploratori.

Adeptii evaluărilor de calitate a vieții la bolnavii cancerosi mizează pe evidența datelor de stare generală a acestora, pe indicele de

activitate, senzațiile subiective, cantitatea de analgetice ingerate (Braga M. et al, 1996, Carlson M. et al, 1996, Ingman I. et al, 1996), considerând că acest gen de estimări trebuie lăsat integral pe seama bolnavului purtător de neoplasm malign.

Din 1994 în clinicile din Italia, se utilizează indicele funcțional de calitate a vieții bolnavilor oncologici, prin care se precizează 22 factori, care consideră și aspecte de ordin psihologic, social, familial și alte indicii. Ancheta ce conține 22 întrebări, emite apreciative după un scor de 7 puncte, bolnavul evaluându-și singur propria stare de sănătate.

Cercetările vizând statutul psiho-social al bolnavilor cu cancer de plămâni și statut somatic satisfăcător după Ishihara Y. et al, 1995, Kaosa S. et al, 1988 au desemnat pentru aceasta un chestionar standardizat, conținând 12 întrebări (10 vizând statutul psiho-social și 2 pentru evaluarea statutului global de calitate a vieții). Au explorat în aceeași direcție și alți specialiști în domeniu, unii apelând la teste multifactoriale, care tind și ating siguranța și certitudinea apreciativelor emise.

În practica serviciilor curative din întreaga lume indicele de calitate a vieții a fost recunoscut ca una din sarcinile prioritare ale îngrijirilor de reabilitare postspitalicească. La noi în țară aceste elaborări sunt cercetate insuficient, unele aspecte referitoare la calitatea vieții fiind analizate de I.Mereuță (1995), autorul relevând necesitatea stringentă a unor explorări mult mai profunde și multilaterale ale problemei vizate.

Explorările conceptuale în acest domeniu se desfășoară sub egida EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer). În conformitate cu programele aprobate un grup de specialiști ai EORTC explorează probleme ce țin de calitatea vieții bolnavilor canceroși, efectuând atât observații clinice, cât și investigații experimentale pentru calitatea programelor de diagnostic, tratament și reabilitare a bolnavilor canceroși.

Lucrările au finalizat cu întocmirea unui Cancer-Registru European de Calitate a Vieții, care a reflectat datele a 97720 canceroși proveniți din țările europene, care au acceptat să colaboreze în cadrul acestor elaborări.

Astfel procedeele de cercetare și evaluare a calității vieții bolnavilor oncologici sunt din cele mai variate, dar fiecare se preocupă mai insistent

de volumul funcțional restant, de intensitatea senzațiilor dolorice și alte tulburări somatice, dar nu fiecare din programele estimative consideră și problemele de ordin psiho-social ce confruntă acest grav contingent de bolnavi, mai ales că de multe ori acestea există și obsedează un canceroși și în lipsa dereglărilor fizice.

2.2.2. Aspectele medico-sociale ale indicelui de calitate a vieții bolnavilor oncologici

Spre regret, statutul psiho-emoțional, nivelul de adaptare socio-profesională și deci șansele de reintegrare profesională ale unui sau altui pacient pot rămâne neobservate de specialiștii oncologi. Clinicienii insistă în primul rând să vindece bolnavul fără să-i preocupe viitorul lui funcțional și social, detaliu care concură esențial la formarea complexului de inutilitate la acești pacienți.

Pentru continuitate și sistematism în procesul de reabilitare a bolnavilor oncologici M.Stefanek (1995), L. Walter et al. (1996), A. West et al. (1998), Буль П.И., (1974), Блинов Н.Н. и соавт. (1996) propun ca în programele de îngrijiri curative să se includă și serviciile de asistență psihoterapeutică, care în colaborare cu medicul curant să amelioreze statutul psiho-emoțional al bolnavilor canceroși.

G.Marchioro et al. (1996) au realizat în acest sens o investigație originală, sugerând că în tentativa de a redresa destabilimentele psihologice, este indicat uneori ca starea de sănătate, potențialul vital să se compare cu pacienții sau chiar categorii de bolnavi, care au o poziție relativ mai nefavorabilă, bolnavii sugestați având posibilitatea să-și compare în dinamic evolutiv propriile rezultate curative.

O influență realmente eficientă asupra dinamicii de redresare a calității vieții bolnavilor agresați neoplazic survine prin ambianța socială recipientă: familia, prietenii, colegii, fiind cei care-l vor susține în această etapă de grea încercare.

În literatura din alte țări de obicei se face diferențierea genurilor de asistență socială (financiară, informațională, sursele emoționale) care se acordă pentru soluționarea anumitor probleme, de relațiile sociale (contactul cu rudele, prietenii, colegii). Cu toate acestea, asistența de

susținere psiho-socială a bolnavilor canceroși se implementează destul de greu în programele de ameliorare a vieții acestora.

De mare ajutor se pot dovedi în procesul de ameliorare a statutului psihic al bolnavilor cu neoplasme maligne serviciile pacienților care au urmat tratamente anticancer soldate cu efecte relevante. Andrykowski M.A. et al, 1996, Bye A. et al, 1995, Демин Е.В., 1996 consideră că pacienții-voluntari, care au reușit să se vindece prin tratamentele specifice sunt un argument de mare forță psiho-curativă, mai ales pentru pacienții care ezită, dar care necesită asemenea tratamente.

Cea mai tipică reacție psihică de răspuns la afectul canceros, la tratamentele specifice și adversitățile suscitade de acestea este starea de depresie, uneori atât de gravă încât doar intervențiile medicale sofisticate o pot soluționa. Este dificil diagnosticul depresiei incipiente și chiar al uneia deja prezente, iar corectivele acestor stări reactive sunt o sarcină și mai dificilă. Până în prezent însă nu s-au emis indicații clare pentru necesitatea și eficiența tratamentelor specifice după externarea bolnavilor, care au suportat intervenții curative supraagresive, astfel încât nu se poate concepe un program de durată pentru readaptarea socială, habituală și profesională a acestor persoane. Nu s-au conturat cu certitudine nici corelațiile dintre asistența de reabilitare, diferite scheme și programe de terapie recuperatorie și reintegrarea socio-profesională.

Așadar, există reale contingente de bolnavi oncologici, care suscită în continuare asistență complexă, deși au reușit să parcurgă cu succes tratamentele radicale specifice. Or, anume bolnavii care au suportat agresivitatea incontestabilă a unor asemenea intervenții au deosebită nevoie de îngrijiri resuscitante, ei fiind cei mai expuși la stările de stres.

Reabilitarea bolnavilor oncologici și ameliorarea calității vieții acestora sunt probleme de interes major, devenite acum preocuparea multor centre de prestigiu din lume. În Republica Moldova asemenea explorări sunt o inițiativă mai recentă, dar elaborările programate vizează toată plenitudinea aspectelor medico-sociale ale parametrilor de calitate a vieții bolnavilor oncologici, căci suntem convinși de ideea că toți bolnavii oncologici au dreptul la o viață demnă, indiferent de intervalul de viață ce le-a rămas de parcurs.

2.3. ORIENTAREA SOCIOPROFESIONALĂ ÎN REABILITAREA BOLNAVILOR ONCOLOGICI ȘI STAREA CURENTĂ A SERVICIULUI DE EXPERTIZĂ A VITALITĂȚII ÎN ONCOLOGIE

2.3.1. Valențele sociale ale asistenței de reabilitare medico-profesională în condițiile de reformare a societății

Reintegrarea socio-profesională a bolnavilor oncologici îi determină pe specialiști să caute modalitatea optimă de a-i reconforta fizic și funcțional. Încă la 1979 Нарапков Н.П. anunța: "...evaluarea medico-socială și psihologică a posibilităților de reabilitare a bolnavilor oncologici a relevat că asemenea tentative sunt destul de productive, iar cadrul de cuprindere cu măsuri de recuperare este destul de capacitiv pentru tumorile cu cel mai diferit sediu de localizare”.

La etapa actuală este explorat pluridimensional aspectul tratamentelor recuperatorii de staționar pentru bolnavii canceroși, care se conformă genului și agresivității terapiei primare, indicate pentru cancerule de diferite localizări”.

După externare survine inerent o discontinuitate în perseverarea acțiunilor inițiate și deci se încalcă principiul de abord sistemic și complex în reabilitarea bolnavilor ce urmează tratamente de ambulator.

În Republica Moldova s-au întreprins unele măsuri concrete de ordonare și chiar reconsiderare a serviciului de reabilitare oncologică. Astfel la 26 decembrie 1998 Guvernul a aprobat “Programul Național de Combatere a Cancerului în Republica Moldova pentru 1998–2003”, care include o serie de prevederi pentru ameliorarea asistenței medicale în țară la capitolul unor decizii și activități de ordin strategic și tactic privind profilaxia, depistarea precoce, diagnosticul și tratamentul neoplasmelor maligne, recuperarea cât mai plenară a bolnavilor canceroși, precum și reducerea invalidităților și deceselor prin boala neoplazică.

Anterior se proiectase și unele elaborări privind inaugurarea unui centru de reabilitare, care să presupună și dezvoltarea continuă a concepției despre asistența paliativă pentru stările de progrediență irecuperabilă a procesului malign, dar din cauza deficiențelor socio-

economice aceste valoroase prevederi rămân doar la statutul de postulate pentru instrucțiuni metodice.

Reformarea administrativ-teritorială legiferată și introdusă recent în republica noastră a deschis noi perspective pentru consolidarea și dezvoltarea expansivă a serviciului de profilaxie, diagnostic, recuperare și dispensarizare a bolnavilor oncologici, județele desemnând noi subiecți (centre) ai sistemului de asistență oncologică complexă. În această direcție sunt imperios solicitate noi elaborări științifice pentru a argumenta necesitatea de a cumula structurile funcționale ale serviciilor de recuperare cu cele de expertiză medicală în Centre de Diagnostic, Reabilitare și Expertiză Medicală. În cadrul acestor noi centre urmează să fie desemnată infrastructura subunităților de reabilitare, diagnostic și expertiză conform cerințelor Pieții Muncii în condițiile de tranziție și reformare a societății. Cele imaginate sunt niște elaborări conceptual novatoare dar care necesită noi explorări prin care să se elucideze unele probleme impuse de statutul special al expertizei validității de muncă.

În noțiunea de reabilitare profesională majoritatea savanților includ instruirea sau reinstruirea bolnavilor cu diferite grade de dizabilitate profesională pentru a executa munci accesibile lor în prezent (Горелов Ф.Н. с соавт., 1989, Канунникова М.Д., 1989, Мельников Р.А. с соавт., 1980) dar nici una din aceste reorientări profesionale să nu evite examenul de expertiză calificată a incapacității funcționale și amplasarea rațională în câmpul muncii a bolnavilor și invalizilor.

Reabilitarea socială presupune de obicei măsurile complexe ce insistă spre amplasarea rațională în muncă a bolnavilor și invalizilor. Concomitent cu acestea, consideră Герасименко В.Н., (1979), Стародворский И.А., (1990), reabilitarea socială este incompletă fără reintegrarea socială a bolnavului, amplasarea lui potrivită în câmpul muncii și deci limitarea pierderilor economice.

Alături de reabilitarea medicală, care stipulează recuperarea clinică și funcțională, unii cercetători disting aparte reabilitarea socio-profesională, capacitatea ei semantică fiind îmbogățită cu activități medicale, socio-igienice, psihologice și de producție – toate contribuind la re consolidarea funcțională globală a bolnavilor, readucerea lor în profesiunea antecurativă sau altă muncă de utilitate socială.

Герасименко В.Н. и соавт. (1979), Блохин Н.Н. и соавт. (1979), Алиев М.Б., (1992) consideră reabilitarea medicală, profesională și socială etapele unui proces unic și consecutiv. Există un suport logic pentru această concepție, dar dacă se pornește de la sarcinile asistenței de reabilitare, atunci aceasta începe mult mai devreme, căci tot aici trebuie incluse activitățile de prevenție, diagnostic, curăție, asistență socială, începând cu momentul depistării maladiei și până la vindecarea bolnavului și revenirea la activitatea social utilă fără careva limitări.

Din cele expuse urmează că atât pentru planificarea acțiunilor de recuperare, cât și pentru interpretarea rezultatelor se acceptă diferite moduri de abord. Un lucru se conturează cert că cele 2 genuri de reabilitare medico-socială, care presupun asistență curativ-recuperatorie și socială, sunt orientate să vindece bolnavul și să-i reabiliteze funcțiile organice pierdute sau slăbite (terapie recuperatorie, acțiuni sociale, pedagogice, psihologice) și care să-l ajute pe pacient pe măsura posibilităților sale să devină un membru activ al societății, să se includă în producerea bunurilor materiale. Toate aceste acțiuni reprezintă de fapt niște verigi ale unui lanț de măsuri administrative, medicale, sociale ce favorizează redresarea unității medico-biologice a personalității.

Pentru reabilitarea și expertizarea capacității de muncă a bolnavilor oncologici rolul factorului personal, orientarea lui valorică devin obstacole serioase, uneori fiind chiar eronat interpretate.

Dar în procesul de expertiză a capacității de muncă pentru emiterea unor concluzii adecvate și recomandări oportune de încadrare în muncă sunt indispensabile cunoașterea obiectivelor și aspirațiilor personale ale celui examinat.

Așadar datele examinate denotă unanimitatea autorilor asupra importanței activităților de redresare a mecanismelor adaptativ-compensatorii la bolnavii agresați sever prin diferite maladii, pentru că astfel reușește și reîncadrarea lor socio-profesională.

2.3.2. Abordul științific complex în expertiza validității funcționale

Munca, fiind o categorie socială determinată de funcționalitatea fizică a omului, face ca și capacitatea lui de muncă să se definească de

statutul funcțional al organismului. Prin limitarea potențialului funcțional și imposibilitatea executării prerogativelor profesionale se deteriorează sau este limitată important disponibilitatea de muncă. Pierderea capacității de muncă se divide de obicei în incapacitate temporară și stabilă. Conform Арватская Ю.Д., 1981, Скобля Е.С., 1981 această diferențiere a validității de muncă este o delimitare esențială, deoarece presupune includerea diferitor genuri de asistență medicală și socială și un cadru legislativ diferit.

De menționat că referitor la bolnavii oncologici enunțul de incapacitate temporară nu este unul specific, unii canceroși fiind declarați invalizi fără suficiente argumente “pro”. Astfel pentru diferite tumori de piele, mamare, genitale bolnavii pot urma tratamente de ambulator, fiind temporar apți sau inapți de muncă. Persoanele care execută munci fizice sau necalificate se pot recunoaște temporar ca fiind inapți de muncă.

Adesea, termenele de indisponibilitate de muncă, prevăzute pentru urmarea programelor complexe de polichimioterapie, apoi reabilitare, sunt evident insuficiente. Considerând prognosticul clinic și funcțional și implementând sistemul de evaluare a gradului de incapacitate profesiografică în raport procentual, se poate proceda la tactica de prelungire a termenilor de indisponibilitate profesională până la 6 luni, ulterior insistând pentru reintegrarea profesională sau de estimare a volumului de disabilitate în procente, iar bolnavii oncologici din grupul III clinic să fie reexpertizați o dată în 6 luni.

Aceste principii de expertiză nu s-au mai aplicat în oncologie, deaceia necesită elaborări suplimentare. Prin investigații vizate s-a demonstrat că intervalul de incapacitate funcțională temporară este determinat de oportunitatea diagnosticului, sediul procesului, forma clinică, stadiul evolutiv, dinamica bolii de fond și a afecțiunilor concomitente, de prognosticul clinic etc.

Capacitatea și validitatea de muncă sunt strâns legate cu noțiunea de invaliditate, de altfel acestea ar fi categoriile de bază cu care operează expertiza validității de muncă. Și dacă capacitatea de muncă reflectă activitatea biologică a organismului, atunci validitatea de muncă exprimă activitatea socială a individului.

Așadar, după Арватская Ю.Д. (1981) invaliditatea este antiteza capacității funcționale, dar nu înseamnă că incapacitatea de muncă este sinonim cu invaliditatea, căci nu întotdeauna aceasta suscită sau finalizează cu invaliditate. Considerând aceste diferențe, trebuie să recunoaștem că definiția cea mai plauzibilă pentru noțiunea de invaliditate este următoarea: “Invaliditatea anunță acel statut fizic, social și spiritual al capacităților umane, când pentru exercitarea unei activități de muncă sunt indispensabile anumite condiții speciale”.

Pentru specificarea invalidității se folosesc următoarele noțiuni “invaliditate primară”, “invaliditate globală”, “structura invalidității” ș.a. Dacă interpretările pentru noțiunea “invaliditate globală”, “structura invalidității” sunt ubiacceptabile, atunci termenul de “invaliditate primară” se utilizează în literatura de domeniu cu sensuri ce diverg în principiu – “invalidizare”, “indisponibilitate funcțională primitivă” etc.

Atât nivelul de invalidizare, cât și dinamica acesteia sunt definite de numeroși factori: formațiunea social-economică, condițiile igienosociale de muncă și trai, de cultura generală și cea socială a populației, calitatea expertizei validității de muncă, posibilitățile de angajare în câmpul muncii, de morbiditate și legislația socială.

Astfel se relatează adesea că incidența și gravitatea disabilităților funcționale la bolnavii operați pentru neoformațiuni maligne sunt direct dependente de radicalitatea și volumul operației, de caracterele și specificul evolutiv, de complicațiile survenite și alți factori. Astfel că diapazonul invalidităților definite de boala neoplazică este destul de extins, el relaționând atât cu nivelul morbidității, cât și cu calitatea asistenței medicale și de expertiză a incapacității funcționale. Această interrelație se observă deosebit de pregnant între indicii de invaliditate primară, localizare și recunoașterea în timp util a procesului canceros.

Analizând informațiile referitoare la sistemul de validare a capacității de muncă, deducem diferențe principiale. Ne referim în particular și la sistemul de criterii, ce determină gradul de demolare a potențialului profesiografic și funcțional.

În Republica Moldova, ca și în țările din spațiul fostei Uniuni Sovietice și unele țări europene gradul de incapacitate de muncă în raport procentual se evaluează la pacienții cu traumatisme invalidante,

produse la locul de muncă. Tot aici s-au inițiat cercetări pentru intenția de a categorisi și delimita unele criterii de evaluare a tulburărilor funcționale prin afecte cardio-vasculare, respiratorii și digestive, prin care apoi să se calculeze procentul de indisponibilitate funcțională. asemenea cercetări nu au vizat, însă, și problemele legate de infirmitățile prin cancer, fapt ce ne-a orientat în decizia de a realiza prezentul studiu.

Determinarea validității de muncă, reabilitarea profesională și socială a persoanelor agresate de boala neoplazică prezintă adesea dificultăți pentru medicii experți, mai ales pentru că nu există un criteriu net de estimare a calității de vindecare a bolnavului canceros.

Astfel un specialist notoriu în acest domeniu Перыхов И.А., (1998) indică că la evaluarea potențialului funcțional și profesional al bolnavilor oncologici se cer considerate: stadiul procesului tumoral la inițierea tratamentelor specifice, nivelul de angajare a neoplasmului, datele investigației histologice, volumul intervenției curative, complicațiile, vârsta bolnavului, asociațiile morbide, precum și factorii sociali.

Însă în practica serviciilor de expertiză se obișnuiește că imediat ce s-a dedus diagnosticul de boală neoplazică, bolnavul este recunoscut ca fiind incapabil de activitate profesională, când în realitate capacitatea de muncă a bolnavului nu este încă afectată.

Донская Л.В. (1984), Блинов Н.Н. и соавт. (1990) afirmă că atunci când se evaluează potențialul funcțional al unui canceros, se va reieși din datele diagnosticului topografic (sediul), din prezența sau absența metastazelor și starea generală a celui expertizat după tratamentele de recuperare complexă.

Determinând validitatea de muncă a bolnavilor operați pentru neoplasme maligne se vor considera, în special, profesiunea și localizarea procesului tumoral. Astfel, după intervențiile pentru cancer linguale, laringiene, profesorii, instructorii, crainicii, actorii își vor pierde pentru mult timp, poate și pentru toată viața abilitățile profesionale, având nevoie de susținute eforturi pentru reabilitare și reîncadrarea în activități sociale.

Pentru o estimare exactă și plenară a disabilităților funcționale și elaborarea unui enunț de expertiză vizând gradul deteriorărilor profesiografice la bolnavii oncologici, am considerat că acestea se

pot cerceta prin intermediul unui sistem de criterii și parametre, iar în funcție de expresia dereglărilor deduse să se determine procentul deteriorărilor funcționale, conform cărora să se formuleze respectivele recomandări profesionale, sociale, habituale. În aspect profesiografic este de reală utilitate “Clasificatorul Ocupațiilor din Republica Moldova”.

Un moment important la etapa deciziilor de expertiză funcțională este și gradul deteriorărilor și complicațiilor survenite după tratamentele radicale. Astfel, după rezecțiile gastrice se pot dezvolta anemii agastrale, sindromul ansei aferente, Dumping-sindromul; după rezecțiile intestinului sunt posibile procese aderențiale, fistule, tulburări dispeptice; după intervențiile de extirpare a uterului în bloc cu anexele survine sindromul postcastrațional; după mastectomii – contracturi ale articulației scapulo-humerală, limfostază, sindrom postmastectomic.

Toate aceste momente se cer considerate și evaluate minuțios la elaborarea concluziei de expertiză pentru disponibilitatea de muncă a bolnavului oncologic și la evaluarea gradului de deteriorare a potențialului funcțional.

În literatura de specialitate sunt reflectate insuficient datele despre utilizarea complexă a criteriilor enunțate pentru determinarea gradului de disponibilitate profesiografică (exprimat în procente) la bolnavii oncologici. Concomitent se impun drept importante obiective evaluarea complexă, prelucrarea datelor clinice funcționale, sistematizarea acestora și enunțarea unui prognostic socio-profesional exact pentru bolnavii oncologici.

În cazul oricărui gen de expertiză, inclusiv pentru cea a incapacității funcționale și de muncă se impune sarcina cercetării unor criterii informative și prognostic semnificative asupra statutului funcțional al bolnavului. Investigațiile complexe și vizate în această direcție sunt evident insuficiente, motiv pentru care am continuat să explorăm domeniul deliberat.

Rezumând cele relatate, conchidem că deși în ultimii ani s-au emis mai multe lucrări consacrate problemelor de reabilitare a bolnavilor oncologici și de expertizare a potențialului funcțional restant al acestora, s-a acumulat un anumit volum de material factologic, care reflectă specificul tuturor genurilor de reabilitare, au rămas în penumbră o serie

de aspecte importante ale cheștiunii vizate, cum ar fi: adaptarea socio-profesională a bolnavilor canceroși, corectivele și eficiența tratamentelor recuperatorii pentru aceștea, statutul global de sănătate și calitate a vieții lor la etapa postspitalicească și cel mai important – funcționalitatea organismului în cadrul activităților sociale, habituale și profesionale în care se reangajează bolnavii cu neoplasme maligne. Nu există referiri despre gradul de deteriorare a capacităților profesiografice prin agresiunea bolii neoplazice (exprimată de exemplu în volum procentual) și nici seturi de criterii științific argumentate, care evaluează aceste disabilități funcționale.

S-a impus drept sarcină imperioasă în acest domeniu explorativ elaborarea unei concepții integrale cu suport științific, vizând modalitatea de evaluare a validității socio-profesionale a bolnavilor agresați neoplazic și de reintegrare profesională a acestora conform clasificatorului de profesiuni și exigențelor Pieții de Muncă în condițiile economiei de piață.

Importante, dar la fel de ignorate în aspect explorativ au rămas și aspectele organizatorice, medico-demografice și socio-igienice ale unor imperioase acțiuni pentru diminuarea invalidizării cancerose a populației din Republica Moldova, activități de altfel desemnate programatic în cunoscutul “Program Național de Combatere a Cancerului în Republica Moldova pentru intervalul 1998–2003” și punerea în valoare a cărora este evidentă.

CAPITOLUL III

SCREENINGUL CLINICO-DIAGNOSTIC AL POTENȚIALULUI FUNCȚIONAL RESTANT AL BOLNAVULUI ONCOLOGIC

3.1. CARACTERISTICI GENERALE ALE BOLNAVILOR ONCOLOGICI DUPĂ TRATAMENT RADICAL

Premiza principală pentru purcederea la tratamentele recuperatorii postspitalicești este lipsa semnelor de recidivă a bolii, confirmată de testele clinice, care în cazuri suspecte se pot verifica prin investigare instrumentală (radiografie, ultrasonografie, examene cu radioizotopi).

Pentru început bolnavii care au urmat tratamente radicale pentru neoplasme de diferită localizare vor efectua examenul psihologic medical, care poate evalua statutul lor psihic, Comisia de reabilitare urmând apoi să decidă necesarul de susținere psihoterapeutică, suplimentar și fără legătură cu alte procedee de curăție.

Aceeași comisie decide și metoda de tratament recuperatoriu, programele de reabilitare, volumul și durata acestor îngrijiri cu expertizarea incapacității funcționale în Centrul de Diagnostic, Reabilitare și Expertiză Medicală.

Toți bolnavii incluși în cercetările preconizate urmasse tratamente chirurgicale combinate sau intervenții curative complexe cu evidența gradului de extincție a procesului neoplazic, a vârstei, asociațiilor morbide și conform orientărilor socio-profesiografice ale bolnavilor expertizați.

Criteriile de selecție a bolnavilor sunt cele ce urmează:

1. Lipsa maladiilor cardio-vasculare asociate procesului de fond;
2. Apartenența la grupul III clinic după o intervenție radicală recent suportată;
3. Dorința bolnavilor de a urma tratamente recuperatorii, care solicită disciplină, disponibilitate, respectarea principiului de abord sistemic în reabilitare – unitatea dintre medic și pacient.

4. Vârsta aptă de muncă și predispunerea spre activitate profesională.
5. Lipsa datelor ce relevă generalizarea procesului tumoral.
6. Lipsa contraindicațiilor pentru tratamentele recuperatorii indicate.

Bolnavii completeau banca de date pentru “Cancer-Registrul Național al Republicii Moldova”, “Cancer-Registrul de Calitate a Vieții”, informațiile din acestea fiind pregătite pentru includerea în Registrul European. Toți se află sub evidența dispensarizată a serviciilor oncologice republicane și teritoriale.

Controlul de eficiență a îngrijirilor de redresare și recuperare a bolnavilor oncologici din perioada postspitalicească s-a efectuat prin intermediul sistemului de analiză pluridimensională computerizată a diferitor parametre, urmărind astfel dinamicul modificărilor funcțiilor organo-sistemică din organism, precum și evoluția procesului de adaptare socio-profesională (ASP).

Pentru a observa statutul psihoemoțional al bolnavilor pe fondul redresărilor funcționale se utilizează cercetări asupra caracteristicilor de personalitate și asupra funcțiilor psihice superioare:

- Testul Zung (pentru estimarea nivelului de depresie după IV grade – limite normative; depresie ușoară, moderată și gravă);
- Testul Dembaux-Rubinștein (autoapreciativ) în modificare, care presupune un procedeu de aranjamente valorice și selecție a raționamentelor.

Cu ajutorul celor 2 ultime teste se evaluează orientarea profesiografică spre activitate funcțională a bolnavilor examinați.

Parametrele indicilor de adaptare psiho-socială, resocializare, de calitate a vieții bolnavilor ce au suportat tratamente de formulă radicală s-e evaluează până și după cura de acțiuni recuperatorii. Pentru aceste examene s-a utilizat scara de apreciative clasică Karnofsky Performance Status Scale și una din elaborările de ultimă oră ale European Organization for Research and Treatment of Cancer, anchete EORTC-QLQ.C30 (versiunea 2.0).

În cadrul cercetărilor comune infecționale 350 bolnavi au fost chestionați prin intermediul Anchetei internaționale EORTC QLQ-30 (versiunea 2.0), elaborată de Organizația Europeană pentru Investigarea

și Tratatamentul Cancerelor. Ancheta include 30 întrebări, care evaluează bolnavii după 3 grupuri principale de parametre vitale: tulburări funcționale, simptomatologie și calitatea vieții. Cercetările pentru Statutul Global de Sănătate / Calitate a Vieții urmăreau să evalueze starea de sănătate a bolnavilor după tratamente radicale.

Ancheta insista să precizeze și dificultățile financiare ale bolnavilor în funcție de un sau alt gen de afect canceros.

Fiecare din cele 30 întrebări includea și câteva variante de răspuns. Cele mai simple răspunsuri au fost cele de alternativă: “da” sau “nu”, cele mai multe – 7 s-au referit la starea de sănătate. Textul integral al anchetei este redată la pag. 152–153.

Gradul de conservare parțială sau complectă indisponibilitate funcțională a bolnavilor cancerosi, precum și modul în care acestea au fost influențați prin tratamentele recuperatorii au fost decise de experții Comisiei de expertiză medicală a vitalității oncologice, care au operat conform regulamentului general, dar considerând și datele obținute în procesul de recuperare. Investigațiile au vizat datele bolnavilor cu procese neoplazice maligne de diferită localizare, în care după tratamente recuperatorii complexe s-a modelat determinarea gradului de reducere a capacităților profesiografice.

Sau inițiat modalități de revedere în esență a tacticii de evaluare a validității funcționale specificate pentru bolnavii oncologici. Ulterior se supraveghea dinamicul deciziilor emise de Comisia de expertiză medicală a vitalității, pentru bolnavii investigați, inclusiv termenele de incapacitate funcțională, precum și efectele economice și sociale ale acestor decizii.

S-au examinat apoi particularitățile procesului de reabilitare funcțională a bolnavilor oncologici în baza actelor completate de Comisia de expertiză medicală a vitalității, instituțiile de asistență socială, conversațiilor personale cu bolnavii, precum și prin examenul de anchetă a acestor persoane. Recomandările de reîncadrare în muncă se elaborau conform “Clasificatorului Ocupațiilor din Republica Moldova” – folosit pentru prima dată de Comisia oncologică specializată de expertiză a validității de muncă și de Departamentul Utilizarea Forței de Muncă.

3.2. CARACTERISTICI MEDICO-SOCIALE A BOLNAVILOR ONCOLOGICI

Cu scopul de a evalua efectul diferitor metode de tratament recuperator pentru restabilirea funcțiilor organo-sistemice și redresarea tulburărilor psiho-emoționale ale bolnavilor oncologici, ce au suportat tratamente radicale, au fost examinate diferite parametre vitale la un grup de 640 bolnavi soluționați în formulă radicală în secțiile specializate ale Institutului Oncologic din Moldova.

Pentru structurarea de vârstă a bolnavilor, incluși în cercetare, mai des se apelează la clasificarea recomandată de OMS: < 44 ani – grupul de vârstă tânără; 45–59 ani – adulții; 60 ani și peste – grupul de vârstnici.

Tabel 1

**Repartiția bolnavilor după grupul de vârstă
și sediul procesului canceros**

Lotul clinic		Vârsta						Total bolnavi
		< 44 ani		45–59 ani		60 și peste		
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Neoformațiuni maligne ale glandei mamare		53	40,8	41	31,5	36	27,7	130
Martorii		13	32,5	15	37,5	12	30,0	
Neoformațiuni maligne de col și corp uterin		36	27,6	52	40,1	42	32,3	130
Martorii		12	30,0	18	45,0	10	25,0	
Tumori gastrice		27	22,6	49	40,8	44	36,6	120
Martorii		6	20,0	11	36,6	13	43,3	
Cancere de plămân		28	23,3	51	42,5	41	34,2	120
Martorii		5	16,6	14	46,6	11	36,6	
Cancere de piele		34	24,3	51	36,4	55	39,3	140
Martorii		7	17,5	12	30,0	21	52,5	
Total	1	178	22,8	244	38,1	218	34,1	640
	2	43	23,9	70	38,9	67	37,2	180

În perioada postoperatorie la bolnavii investigați s-au inițiat și diferite complicații evolutive, generate prin dozele excesive de anestezice, de agresiunea citostaticelor, de lipsa unui segment sau a organului în totalitate, precum și prin modificările postiradiante, care au degenerat în stări depresive, au diminuat funcțiile psihice supreme cu tulburări ulterioare ale statutului psiho-emoțional.

Deși destul de agresive tratamentele radicale pentru eradicarea cancerelor, s-au fixat în cazul bolnavilor incluși în cercetare doar cazuri unice care au produs complicații de caracter general, traduse de perturbări cardiovasculare sau ale altor sisteme. A fost explicat acest fapt prin îngrijirile preoperatorii adecvate, dar și prin corectivele și conduita postoperatorie echilibrată în raport cu acești suferinzi.

Perceperea dramatică a maladiei ce î-a afectat, inclusiv suferințele consecutive defectelor cosmetice, tulburările funcționale ale diferitor organe au suscitât dereglaje psiho-emoționale de diferită intensitate. Apariția și intensitatea acestora nu avea nici o relație cu nivelul de cultură și instruire, adică sunt afectate în egală măsură atât persoanele ce execută munci fizice, cât și intelectualii.

Apropo de nivelul instruirii persoanelor, care au beneficiat de tratamente recuperatorii în condiții de ambulator: 143 (22,3±1,8%) aveau studii superioare, studii medii speciale – 183 (28,6±2,3%) și studii medii – 209 (32,6±2,9%).

În lotul de referință proporționarea acestor indici a fost următoarea: 42 (23,3±1,5%), 34 (18,9±2,3%) și, respectiv, 87 (48,3±2,7), desigur fără a considera bolnavii care nu au studii sau nu au prezentat informații pentru această explorare.

În ambele loturi, ce au constituit obiectul studiilor, prevalează locuitorii rurali – 383 și, respectiv, 257 orășeni în lotul principal, în lotul de referință – 94 și, respectiv, 86.

Așa dar, indiferent de instruire și origine, bolnavii din ambele grupuri necesitau asistență recuperatorie de ambulator preconizată de etapa postspitalicească a programelor complexe de asistență modernă.

3.3. CARACTERISTICA SOCIOPROFESIOGRAFICĂ A BOLNAVILOR ONCOLOGICI EXPLORAȚI

Revenirea unui bolnav în câmpul muncii presupune includerea unui complex întreg de mecanisme compensatorii ale organismului și constituie un moment destul de solicitant indiferent de specificul profesiei purtate.

Dificultatea acestui moment este definită de mai multe premize de ordin psiho-social: motivația revenirii la muncă, profesiunea și specialitatea, cauzele dominante ale incapacității funcționale, raporturile familiale, atitudinea bolnavului față de boala sa și încă alte circumstanțe. Sunt de considerat aici și caracteristicile exercițiului funcțional propriu-zis, caracterul și volumul solicitărilor profesionale, precum și condițiile în care se desfășoară activitatea de muncă.

Pentru a determina criteriile și parametrele, ce reprezintă disponibilitatea de exercițiu funcțional al bolnavului, sunt de importanță considerabilă testele funcționale care se aleg diferit în funcție de varianta și forma evolutivă a unei sau altei neoformațiuni maligne. Se cunoaște că orice gen de muncă se asigură de anumite parametre ale activității nervoase superioare, ale aparatului locomotor, se întreține prin funcțiile sistemului cardio-circulator și de respirație. Nu înseamnă că orice activitate intelectuală se poate considera ușoară și se poate recomanda fără rezerve. Astfel că aspectul neuro-psihic al activității de muncă va trebui considerat aparte. Cu acest scop se va evalua volumul informațional care trebuie recepționat și procesat, gradul de solicitare a sistemelor de analiză, eforturile emoționale și intelectuale presupuse de activitatea ce urmează a fi reluată de bolnavul oncologic.

În studiu s-au inclus și datele a 500 bolnavi cu diferite procese neoplazice, pentru care se află în evidența dispensarelor specializate și cărora în intervalul 1990–1999 Comisia Oncologică Specializată de expertiză a vitalității le-a determinat diferite grupe de invaliditate.

S-au cules datele referitoare la acești bolnavi prin conversații personale la nivelul Comisiei de expertiză medicală a vitalității, prin intermediul anchetelor speciale, din fișele personale ale celor expertizați pentru determinarea gradului de deteriorare a potențialului funcțional, din fișele medicale de ambulator și din alte documente medicale oficiale.

Materialul statistic factologic atestă că 223 (44,6%) din pacienții examinați au constituit grupul de vârstă “populație tânără”, iar 227 (55,4%) sunt persoane din grupul “adulți”.

Contingentul de examinați conform programului dat s-au prezentat cu diferit cenz de instruire: 143 (28,6%) bolnavi au studii superioare, studii medii speciale – 194 (38,8%), medii – 87 (17,4%) și studii primare – 76 (15,2%) bolnavi.

Din totalul de 500 bolnavi canceroși incluși în cercetare 473 (94,6%) erau angajați în muncă până la internarea în staționar, 27 (5,4%) nu munceau din diferite motive.

Din bolnavii examinați 298 (58,6%) consideră că au familii ordonate perfect, inclusiv siguranța relațiilor conjugale, climatul familial. În acest lot atât metodele de tratament radical, indicațiile pentru asistență recuperatorie, cât și diversitatea asociațiilor morbide s-au dedus a fi identice cu lotul precedent, au diferit doar obiectivele investigaționale.

Se estimează că unul din criteriile ce caracterizează activitatea socială și habituală a bolnavilor canceroși este cel denumit Activities of Daily Living – ADL, revăzut de noi și utilizat curent în practica serviciului de expertiză medicală în calitate de clasificator ce include principalele genuri de activități ce caracterizează o serie de abilități funcționale ale bolnavului:

- 1) *Ingerarea hranei* (independent sau cu destule dificultăți);
- 2) *Îmbrăcarea* (schimbarea) hainelor (independent, cu greu sau ajutat de cineva);
- 3) *Abilități de autoigienă*:
 - pieptănarea (independent, cu dificultăți);
 - perierea dinților (independent, cu greu);
 - bărbierit (de sine stătător, dificil);
 - îmbăiere (independent, asistat de altă persoană).
- 4) *Deplasarea*:
 - mers – independent, cu greu, cu dispozitive adjuvante;
 - mișcarea în pat – activă, dificilă, ajutat de o altă persoană.
- 5) *Funcțiile mâinii* (de preflexiune, rotatorii, flexorii) – executare liberă sau dificilă.

Evaluarea consideră 3 niveluri disabilitaționale: scăderea ușoară, diminuarea considerabilă și diminuarea funcțională pronunțată.

3.4. METODE DE TRATAMENT RECUPERATOR

Programele de redresare și revigurare organo-funcțională au inclus atât tratamente de monoformulă, cât și combinate cu utilizarea dispozitivelor și aparatelor de curăție fizică completate de ședințe psihoterapice.

Magnetoterapie

Terapia cu electromagneți s-a executat prin intermediul aparatelor AMT-01 “Magniter” și “MAG-30”. Ședințele curative se programează nu numai în condiții de staționar, policlinică, dar se efectuează și la domiciliu, respectând indicațiile comisiei de reabilitare ce stipulează standarde riguroase pentru asemenea tratamente.

Lazeroterapia

Asemenea aplicații curative s-e indică în cazul bolnavilor care au fost operați în formulă radicală pentru cancere gastrice. Se utilizează în lucru emițătoarele UAF 01 (“Ягода”), APL-1 și APL-2, ALT “Узор” de lazerheliuneonic cu lungimea de undă 38,3pm, intensitatea de iradiere – 20.

Se aplica procedeul de exercițiu punctat pe zonele de proiecție ale meridianului sau punctului L_0 . Pentru bolnavii cu afecte gastrologice se indicau câte 15–20 ședințe de lazer-exercițiu la nivelul Th_{3-7} , paravertebral, bilateral câte 2 min. Timpul sumar de exercițiu – 20–24 min, recomandate pentru asemenea situații.

Terapia cu lazer în infraroșu și câmpuri magnetice

Cu scop terapeutic și recuperator în cazul bolnavilor operați pentru cancere mamare și genitale s-a procedat la tratamente fizicale combinate folosind aparatul “Милта-01”, având puterea fasciculului lazeriradiant de 4W.

Efectul terapeutic se definește de razele infraroșii, lazeriradierea în bandă largă și exercițiul curenților magnetici.

Se aplică modalități combinate de exercițiu prin câmpuri întinse și aplicații punctate pe zona de proiecție a punctelor biologice active (PBA) Zaharin-Heed.

Electrosomnul

Un procedeu fizioterapeutic, de asemeni indicat în șirul curelor de recuperare postoperatorie, pentru care s-a utilizat aparatele ES-4 și ES-5, conform tehnicii occipito-orbiculare la frecvențe minime (8–16 Hz) și maxime (120–140 Hz) de pulsații electrice. Frecvența

curentului se alegea individual în funcție de sensibilitatea bolnavului. Durata unei ședințe – 20–30 min. Seria curativă includea 10–15 ședințe.

Reflexoterapia cu aeroioni

Metoda aeroionoterapiei se rezumă la exercițiu local cu un flux de aeroioni negativi pe zonele de acupresură prin 8 electrozi.

Aparatul “Mercur-1” s-a utilizat în condiții policlinice, iar varianta modificată a acestuia – “Mercur-1d” (portabil) se utiliza pentru aplicații terapice la domiciliu.

Durata unei ședințe – 10–20 min, forța de descărcare în lanț a curentului emis prin fiecare din canale fiind de 0–200 mcA. Se proiectau câte 15–20 ședințe pentru o cură (brevet de raționalizare nr. 102/98).

Acureflexoterapia (acupunctura)

În oncologie această metodă se folosește destul de frecvent pentru jugularea sindromului algic sau pentru a suscita un efect tonifiant și stabilizator. Astfel, s-a utilizat procedeul inhibitor (variante I și II). La bolnavii care suportase intervenții radicale pentru cancere de col și corp uterin s-a preferat metoda de exercițiu pe punctele și meridianele principale sau pe punctele L_0 , în special urmărind să prevenim sau să anulăm complicațiile postcastrale.

Oxygenarea hiperbarică

Ședințele de oxigenare hiperbarică se programează la nivel de policlinică sau în secțiile de terapie intensivă cu ajutorul barocamerelor БЛКС-3-01 și OKA-MT. Cu pacientul se conversează prin dispozitivul special de contact verbal.

Presiunea de lucru din interiorul barocamerei – până la 3 kg/m².

Sistemul de oxigenobaroterapie este dotat cu un sistem de dirijare semiautomată a tuturor etapelor curative: insuflația, compresia, izocompresia și decompresia.

Această metodă de tratament s-e indică în special bolnavilor ce au suportat intervenții de eradicare a cancerelor pulmonare. Inițial se efectuează o ședință de probă de 30 min la presiunea de 1,4 atm. În continuare se efectuează încă 5–6, uneori până la 10–15 ședințe de

oxigenoterapie de presiunea de 1,4–1,6 atm și durata de întreținere în condiții de hiperbarism de 40–50 min.

Gimnastica curativă și meșanoterapie

Recuperările postspitalicești ale bolnavilor cu tumori mamare se prevăd cu exerciții de gimnastică curativă în program sistematic și cu mehanoterapie conform recomandărilor emise de specialiștii Centrului Oncologic al AȘM din Federația Rusă și ai ICȘ în Oncologie “N. Petrov”, dar cu amendamentele formulate de noi la sugestia specialiștilor în oncomamologie. Acest complex de acțiuni recuperatorii, precum și fiecare din acestea sunt de semnificație aparte după tratamentul radical al cancerului de glandă mamară.

Metoda de corective psihoterapice

Asistența psihoterapeutică are în primul rând un rol mobilizator, fiind o tehnică adjuvantă, care acționează în completarea celorlalte metode de recuperare. Această metodă va folosi întreg arsenalul de modalități psihosuggestive, care să amendeze consecințele stărilor de stres, să consolideze rezistența psihicului în fața agresiunilor stresogene.

Metodica și tactica de abord psihoterapic diferă în dependență de mai mulți factori: tipul personalității bolnavului, nivelul intelectual, instruirea, profesiunea pacientului, de diagnosticul și prognosticul evolutiv al bolii, de tratamentele ulterioare. S-a procedat la psihoterapie individuală și la ședințe de psihoterapie în grup.

Programele de reabilitare

Lotul clinic	Scheme de recuperare complexă	Nr. ședințe
Cancer mamar	1. Magnetolaseroterapie cu infraroșii; 2. Mecanoterapie; 3. Psihoterapie.	15 – 20
Cancer genital	1. Magnetoterapie cu lazere infraroșii; 2. Acupunctura; 3. Psihoterapie.	15 – 20
Cancer gastric	1. Laseroterapie; 2. Aeroionoterapie; 3. Psihoterapie.	15 – 20
Cancer pulmonar	1. Oxibaroterapie; 2. Aeroionoterapie; 3. Psihoterapie.	15 – 20
Neoplasme dermcutanee	1. Electrosomn; 2. Psihoterapie.	10 – 15

Aceste programe s-au elaborat după principiul de abord sistemic în curăția bolnavilor oncologici, dar ținând cont și de volumul tratamentelor radicale, de sediul tumoral, de nivelul adaptării psihoemoționale individuale și al adaptării sociale.

S-au elaborat și aplicat următoarele scheme de asistență recuperatorie complexă cât mai adecvată și eficientă.

3.5. METODELE DE EVALUARE STATISTICĂ

Datele investigaționale se pot prelucra prin metoda statisticii variaționale la computerul IBM PSIT-468. Pentru confruntarea mărimilor evaluate se aplică criteriul Student (t) și indicele de semnificație (P).

Urmărind să se depisteze relații corelative între eficiența măsurilor recuperatorii și calitatea examenului de expertiză medicală a validității de muncă la bonavii oncologici, ce au traversat etapa tratamentelor radicale, s-a explorat un șir de factori de valoare decisivă pentru evaluarea validității de muncă. Sistemul plurigradual de parametre ale efectului de recuperare a inclus atât caracteristicile clinice, cât și indiciile adaptării sociale, particularitățile structural-personale.

Astfel, s-a elaborat și s-a pus în aplicare un procedeu computerizat de analiză multifactorială specifică a datelor de examinare a parametrilor vitale la 5 grupuri de bolnavi cu tumori de cea mai frecventă localizare pentru care aceștea urmasse cure în formulă radicală, parametre evaluate dublu – până și după tratamentele de reabilitare complexă.

În virtutea obiectivelor ce s-au trasat spre investigare, s-a examinat în mod special gradul de corelație statistică a indicilor nivelului de adaptare socio-profesională (ASP) până și după tratamentele de reabilitare complexă.

Subiectul analizei corelaționale l-au prezentat valorile cifrice ale unor parametre, care denotă prezența sau lipsa lor la bolnavii examinați. La categoria semnalmentelor clinice subiective s-au referit și unele simptome sau sindroame clinice prezente până și după tratamentul recuperator.

La grupul de indici ce reflectă adaptarea socială s-au raportat: timpul de redresare a condițiilor de muncă, încetarea activității profesionale, orientările de muncă și predispunerea spre activitate de muncă, termenele de evaluare a incapacității temporare și/sau definitive de muncă. La șirul de parametre estimative suplimentare se pot cita supravegherea sistematică la medicul oncolog și timpul de inaugurare a tratamentului specific, apoi și atitudinea membrilor familiei și a rudelor față de intențiile de muncă ale pacientului.

În acest complex se analiza și dinamicul procesului de invalidizare, modificările sau reexaminările la Comisia de expertiză medicală a validității de muncă, condițiile de muncă, precum și aspectele subiective de adaptare socio-profesională.

Rezultatele acestei analize complexe s-au materializat prin delimitarea unui set de indici ce interrelaționează statistic perfect, determinând pentru fiecare nivel de evaluare anumite valori. Criteriile de evaluare a adaptării socio-profesionale se analizau conform celor 3 grade de reducere: diminuare pronunțată a ASP, diminuare de grad mediu și scădere ușoară.

Acest parametru se corela fidel cu o serie de factori calitativ diferiți, între care și nivelul deprimanței, examinat cu ajutorul testului Zung.

De menționat de asemenea, că toate rezultatele de anchetă pentru examinarea statutului global de sănătate și calitate a vieții au fost modelate și transpuse conform unei proceduri matematice speciale în unități de estimare cantitativă. Diapazonul comensurativ al acestor estimări s-a înscris între “0” și “100”. Această transpunere cifrică a răspunsurilor de anchetă s-a făcut pentru a compara estimativ rezultatele obținute în diferite contingente de bolnavi. Interpretările scorurilor estimative au stipulat următoarele:

1. Tulburări funcționale: cu cât este mai înalt scorul apreciativ, cu atât mai puțin pregnante sunt disfuncțiile atestate.
2. Semnalmente morbide: superioritatea numerică a apreciativului atestă inexpressia simptomelor relatate.
3. Statutul global de sănătate/calitatea vieții: cu cât este mai înaltă nota apreciativă, cu atât mai favorabil se prezintă indicele statutului global de sănătate și calitate a vieții.

Procedura de prelucrare a anchetei includea următoarele etape de lucru:

- I – construirea matricei de date inițiale;*
- II – prelucrarea informației incluse de matricea parametrilor inițiale;*
- III – calcularea punctajelor apreciative pentru dereglările funcționale, simptomelor semnalate și pentru statutul global de sănătate.*

CAPITOLUL IV

RELAȚIILE DE CORELARE ÎNTRE REABILITAREA MEDICALĂ COMPLEXĂ ȘI READAPTAREA SOCIO-FUNCȚIONALĂ A BOLNAVILOR CANCEROȘI CE AU SUPTAT TRATAMENT RADICAL

Redresarea funcționalității bolnavilor oncologici, după ce aceștia au traversat adversitățile tratamentelor radicale, este un obiectiv de suport al procesului de reabilitare medico-socială. Dar se cunoaște și faptul că acest deziderat, fiind și un proces foarte complex, presupune concursul unor multipli factori sociali, care confruntă individul ce a finalizat tratamentul specific și care până nu demult se considera exclus totalmente din activitățile sociale prin diagnosticul fatal.

Pentru purcederea la reabilitarea de muncă a bolnavului oncologic inerentă ar fi, în primul rând, atitudinea sensibilă și tolerantă, care condiționează consolidarea aspirațiilor de reconfortare fizică. În acest context umanismul înseamnă nu doar compasiune, dar și includerea efectivă a tuturor specialiștilor și a persoanelor interesate în recondiționarea sociofuncțională a bolnavului. Încurajarea speranței și consolidarea convingerii în vindecarea integrală – iată obiectivul major al tuturor eforturilor de reabilitare pentru asemenea persoane.

În perioada postspitalicească bolnavii agresați neoplazic au nevoie de toată atenția și ajutorul lucrătorilor medicali, asistenților sociali, al specialiștilor în expertiza capacităților funcționale restante, colaborarea eficientă a acestor servicii fiind adesea definitorie pentru moralul și calitatea vieții bolnavilor canceroși.

4.1. DINAMICUL ORIENTĂRIILOR PROFESIONALE ȘI READAPTAREA SOCIO-PROFESIONALĂ A BOLNAVILOR ONCOLOGICI SUB TRATAMENT RECUPERATORIU

Situația bolnavilor canceroși este în mare măsură specifică, deaceia redresarea lor funcțională și cu atât mai mult reintegrarea profesională se decid și se realizează strict individual.

Soluționarea acestei probleme este deosebit de importantă pentru bolnav, deaceia în cazurile când expertizatul se opune reîncadrării în muncă, se va evita remiterea lui în mediul social activ, cercetând atent cauzele indisponibilității lui de muncă în colaborare cu medicul psiholog. Foarte prudent trebuie tratați și bolnavii supradispuși spre reîncadrare funcțională, dar care prin agresiunea bolii nu-și pot relua vechea activitate, toate obiecțiile specialistului în acest sens fiind bine și net formulate. Prin conversații orientative și interviu am reușit să concentrăm în formule concrete diferitele răspunsuri ale bolnavului la întrebarea despre pregătirea lor spre revenirea la muncă și anume: *“revenire necondiționată”, “revenire după redresarea stării generale”, “după atenuarea simptomelor principale sau în lipsa complicațiilor”, reîncadrarea condiționată prin “limitarea solicitărilor funcționale”, “după recalificare sau trecere la o muncă mai ușoară”, “reîncadrare, dar nelipsind pensia și privilegiile statutului de invalid”, “nu pot răspunde”, “voi înceta să muncesc în legătură cu pensionarea”, “nu revin pentru că am suficiente surse de existență” sau alte motive.*

Parametrele cercetate au fost comasate în trei grupuri ce exprimă în esență disponibilitatea socio-funcțională a acestor bolnavi: *“revenirea la muncă”, “nu pot răspunde”, “voi renunța să muncesc”*. Dinamicul de ansamblu al disponibilității de muncă a celor 640 bolnavi cu neoformațiuni maligne de angajare diferită, care au urmat cure de recuperare complexă, a fost imaginat în figura 1. Cercetările asupra specificului disponibilității de muncă a bolnavilor oncologici au evidențiat ușoara pondere a celor care intenționează să înceteze munca în termen scurt după reabilitare, motivând diferit această decizie.

Indiferent, însă, de agresivitatea și prelungirea tratamentelor specifice, de acuitatea suferințelor fizice, psiho-emoționale, definite de conștientizarea bolii, la etapa postspitalicească, adică anterecuperator $78,2 \pm 2,5\%$ din bolnavi sunt inițial dispuși să revină la serviciu, $18,3 \pm 1,7\%$ ezită să se decidă categoric, iar $3,5 \pm 1,4\%$ sunt decizi să nu revină în profesiune. După cura de reabilitare complexă s-au produs regrupări ale acestor orientări, sporind considerabil grupul celor decizi să revină la activitatea profesională – $87,2 \pm 3,1\%$.

În această ordine de estimări este necesar de menționat că specificul tratamentelor anticanceroase presupune termene îndelungate de curăție, uneori fiind necesare 4–5 și chiar 8 luni, unii bolnavi devenind tensionați de așteptarea expertizei de validitate funcțională și mai ales de rezultatele acestor examene. Aceste premize ridică impedimente readaptărilor psihoemoționale și sociale, este afectată astfel și calitatea vieții bolnavilor. Pe de altă parte, aceleași specificități evolutive, prognostice, durata considerabilă a tratamentelor anticanceroase, prefigurarea sau preexistența dereglărilor și a complicațiilor postcurative îi determină pe medicii experți să anunțe starea de incapacitate funcțională chiar de la prima prezentare la comisie. Este un moment extrem de dificil, prin discrepanțe între principiile de ordin moral și instrucțiunile departamentale rigide, decizia despre invaliditate fiind adesea îndemnă de condiția fizică a acestor bolnavi.

Pentru a evidenția eventuale corelații între tratamentele de reabilitare și expertiza validității de muncă a bolnavilor oncologici, ce au suportat tratamente radicale, s-a investigat un set de factori definitorii pentru evaluarea abilităților funcționale. Un sondaj de asemenea orientare s-a preconditionat de sistemul eșalonat complex al indicatorilor eficienței de reabilitare curativă a bolnavilor cu neoplazii maligne, inclusiv caracteristicile clinice ale adaptării sociale și individualitatea specială a fiecărui pacient. Cu acest scop s-a procedat la analiza corelativă multifactorială a datelor de cercetare asupra parametrilor enunțate la 5 loturi de bolnavi cu neoplasme de cele mai incidente localizări, care au urmat cure de terapie radicală, dar și respective programe de recuperare complexă.

Analiza corelativă între indiciile adaptării socio-profesionale (ASP) și cele ale statutului depresiv, efectuate pentru fiecare grup de bolnavi cu procese de cea mai incidentă localizare și care ulterior au beneficiat de cure recuperatoare, a relevat că nivelul ASP este dependent direct de nivelul depresiv, dar la confruntarea rezultatelor estimate ante- și postrecuperator se relevă diferențe considerabile între acestea.

Parametrele caracteristice s-au deosebit și între grupurile diferențiate conform sediului procesului malign, ceea ce reflectă gravitatea intervențiilor radicale suportate, expresivitatea complicațiilor postcurative, nivelul depresiv și efectul stresant al bolii etc.

Conform tab.1, care redă datele de investigare asupra bolnavilor operate radical pentru cancere mamare până la înfișierea tratamentelor recuperatorii, s-a pus în evidență ponderea importantă a femeilor cu declin pronunțat al statutului de ASP – 60,8% (79) și procentul minim al celor cu reducere minimă a acestui indicator – 6,2% (8).

S-a apreciat caracteristică și marea pondere a femeilor cu depresie medie – 73 (56,2%) și profundă – 48 (36,9%), stare care reflectă real întreg spectrul de frământări, momente stresorii, sentimentul feminității lezate, problemele familiale și habituale.

În acest context am procedat la diferite genuri de terapie recuperatorie: aplicații complexe prin lasere, unde infraroșii și câmpuri magnetice, mecanoterapie și ședințe psihiterapice. Pe parcursul tratamentelor recuperatorii (în total 15–20 zile) bolnavele au început să se manifeste mai activ în cadrul socio-habitual, tind spre integrare socială, se modifică și parametrele orientării lor profesionale, iar prin corectivele psihoterapice femeile au remarcat consolidarea statutului lor socio-familial.

Prin efectele aplicative ale programelor de reabilitare s-au înregistrat modificări sesizabile ale parametrilor investigați în raport cu statutul psiho-emoțional prerecuperator al acestor bolnave. Astfel, numărul de femei cu declin minor al nivelului de ASP a crescut de la 8 (6,2%) la 63 (48,5%), adică s-a obținut un spor major de 42,3% ($P < 0,001$), iar al celor cu reducere pronunțată a indicelui de ASP s-a diminuat de la 79 (60,8%) până la 16 (12,3%) – deci un efect resuscitant de 48,5% ($p < 0,001$).

Nivelul deprimanței se corela concludent cu gradul declinului ASP, ceea ce relevă repercusiunea statutului psihoemoțional asupra indicelui de adaptare socioprofesională.

Astfel că pacienții foarte deprimați au slab pronunțate caracterile individualității, orientările socio-habituale și tendințele de reîncadrare socio-profesională, bolnavii sunt nehotărâți, mai des preferă să fie calificați ca incapabili funcțional, decât să se reîncadreze în activitatea prestată anterior sau în alt gen de muncă.

În observațiile efectuate femeile recuperate complex după ce suportase tratamente radicale, conform programelor elaborate, devin

mult mai ferme în soluționarea problemelor de ordin personal și celor de statut profesional.

Valorile cantitative ale parametrilor, redați în tabelul 1, confirmă cele enunțate anterior și demonstrează eficiența tratamentelor reabilitaționale.

Numărul de femei ce prezentase stare profund deprimată s-a redus de la 48 (35,4%) la 8 (15,7%), iar cele cu indice depresiv leger a sporit de la 9 (6,9%) până la 70 (53,8%), ponderea femeilor fără semne depresive ajungând la 19 (11,6%).

Analiza corelațională asupra parametrilor dezadaptării fizice, psihoemoționale și socioprofesionale a bolnavelor cu neoplasme de corp și col uterin a constatat că acestea atingeau valori maxime. Astfel doar 10% (13) din femeile asistate radical s-au prezentat până la tratamentul recuperator cu nivel moderat de reducere a ASP, declin de grad mediu aveau 51 (39,3%) și deprimanță pronunțată a nivelului de ASP s-a dedus la 66 (50,8%) din femeile testate (tab.2).

Printre acestea 16 (12,3%) prezintă manifestări depresive ușoare, de vreme ce femeile profund deprimare constituie 44,6% (58). Este evident că și nivelul de readaptare socială al acestora este inferior, ele fiind puțin interesate de probleme habituale și profesionale, sunt net îngrijorate de solicitările familiale și de trai, manifestă semnele sindromului postcastrațional.

Completând și aplicând în cazul acestora programe speciale de reabilitare combinată, inclusiv magnetoterapie concomitent cu laseriradiere și raze infraroșii, acupunctură și ședințe psihoterapice, am observat modificări de diferită concludență ale parametrilor vizate.

Rata bolnavelor cu diminuență moderată a indicelui de ASP a atins 39,2% (51) în comparație cu cele 10,0% (13) anterecuperatorii, iar proporția femeilor cu declin pronunțat al ASP s-a redus cu 34,6%.

Este relevant că după curele recuperatorii pacientele și-au ameliorat statutul psihoemoțional, dovadă fiind sporul numeric al femeilor doar ușor deprimare sau chiar fără semne depresive (normalizare). Proporția celor care au rămas la statutul de depresie moderată și marcată a fost de numai 34,6% în comparație cu cele 86,1% de până la curele de recuperare complexă.

Psihoterapia s-a demonstrat eficientă asupra procesului de reîncadrare socială, dar numai în contextul altor măsuri de recuperare psihofuncțională a bolnavilor canceroși și mai ales pentru resuscitarea psihică a bolnavelor operate radical pentru cancer mamare și genitale, ceea ce se confirmă relatărilor literaturii de domeniu.

Tumorile pulmonare dețin ferm întâietatea în structura morbidității canceroase din spațiul Republicii Moldova. Astfel, indicele morbidității prin asemenea neoplasme în 1997 a constituit 21,3 la 100 000 populație, 51,2% din canceroșii depistați primar necesitând tratamente specifice active.

Volumul major de intervenții radicale, procedate la această categorie de bolnavi, suscită grave dezechilibre homeostatice, metabolice, suferă mult schimbările gazoase, care la rândul-le catabolizează incitarea unor mecanisme compensatorii ale organismului. Ca urmare perioadele de reabilitare medico-socială și socioprofesională durează mai mult, iar uneori adaptarea socioprofesională se perpetuează, adică se dezvoltă sindromul “dezadaptării rezistente” (atenție exagerată pentru propria sănătate, indisponibilitate de muncă, cererea insistentă de recunoaștere a invalidității etc.)

Astfel se explică procentul evocator de asemenea bolnavi cu grad pronunțat de ASP la etapa prerencheratorie – 72 (60.0%) și cei doar 9 bolnavi (7,5%) cu dezadaptare moderată (tab.3).

Bolnavii operați radical pentru neoplasme pulmonare se prezintă profund deprimați, ei sunt anxioși și surreactivi, iar datele fixate de observațiile noastre atestă gravitatea statutului psihoemoțional al acestor pacienți.

Pentru această categorie de bolnavi s-a decis și un volum special de tratamente recuperatoare, care consideră necesitățile organismului agresat atât de important, inclusiv pentru un aflux sporit de oxigen, prin care să se amelioreze schimbările gazoase și să se inițieze resuscitarea adecvată a funcțiilor organovitale. Deaceea curele de redresare postoperatorie au inclus ședințe de oxibaroterapie, aeroionoterapie și cure psihoterapeutice.

În urma tratamentelor de recuperare indicele ASP s-a modificat în special pe seama reducerii proporției de bolnavi cu declin

pronunțat al ASP de la 72 (60,0%) până la 48 (40,0%), paralel numărul de bolnavi cu scădere moderată a nivelului de adaptare socioprofesională fiind în creștere de la 9 (7,5%) la 31 (25,8%). Concomitent s-a produs ameliorarea substratului depresiv până la indicii inexpressive, inclusiv până la normalizare – 55 (45,8%). Au rămas la statut depresiv de intensitate moderată sau gravă 65 (54,2%) din acești bolnavi, în comparație cu proporția lor prerecuperatorie de 114 (95,0%). Deducem de aici gravitatea deteriorărilor psiho-emoționale și psihosomatice ale bolnavilor din acest lot, precum și necesitatea lor stringentă de redresări neamânate ale funcțiilor capitale din organism.

Același spectru de perturbaje s-a fixat și în lotul de bolnavi care suportase tratamente radicale pentru cancer gastric, s-a dedus însă calitatea mai superioară a parametrilor socio-integrative. Și pentru aceștea s-au inițiat tratamente vizând corecția semnelor depresive, anxietății, tulburărilor fizice și psiho-somatice, noi folosind programe adecvate – laseraplicații în punctele de acupresură mai frecvent solicitate (Zaharin-Heed), aeroionoterapie și psihoterapie (15–20 zile).

Drept urmare s-a atins ameliorarea parametrilor de adaptare socio-profesională, dar considerând gravitatea operației radicale și disfuncționarea organelor de valoare vitală, rezultatele curative diferă de cele obținute în alte grupuri de bolnavi (tab.4). Deaceia, indiferent de eficiența probată a acestor metode recuperatorii, a rămas la cote periculoase ponderea bolnavilor cu dezadaptare de grad mediu – 38,3% (46), indicele prerecuperator a fost de 35,0% sau 42 bolnavi și cu dezadaptare pronunțată – 52,5% sau 63 bolnavi (60,9% – 73, antecurativ). A crescut ușor acest parametru pentru bolnavii cu dezadaptare moderată – 4,2% (5) și, respectiv, 9,2% (11) – după recuperare. Aplicând metodele de recuperare propuse, am reușit să elevăm nivelul depresiv spre o treaptă mai favorabilă – de la 7 (5,8%) ușor depresați anterecuperator la cifra de 18 (15,0%) postcurativ. Dar la majoritatea bolnavilor s-au fixat deprimanțe de intensitate medie – 45 bolnavi (37,5%) antecurativ și 60 (56,7%) postcurativ și depresie profundă – 68 (66,7%) precuperator și 42 (35,0%) bolnavi după asistența recuperatorie. Acești indici curativi nu se corelau cu spectrul rezultatelor de ansamblu, deaceia bolnavilor li se recomandau

cure repetate de reabilitare pentru redresarea plenară a statutului psihosomatic, funcțional, dar și pentru ameliorarea nivelelor de adaptare socio-habituală și profesională.

Cele mai pregnante rezultate s-au înregistrat în lotul de bolnavi cu neofomațiuni maligne dermocratice, de asemeni asistați în formulă radicală.

Programele de recuperare pentru aceștia au inclus: ședințe de corecție psihoterapeutică, electrosomn, conversații cu medicul curant.

Indicii ce reprezintă ASP se interrelaționează intim și se corelează fidel cu nivelul depresiei, care influențează procesul de adaptare în aspectul său socio-profesional. Conform statisticii redată în tab.1, ponderea bolnavilor cu grad moderat de reducere a ASP după tratamentele recuperatorii a sporit până la 66,4% (93) contra celor 26,4% (37) atestate precurativ. A cedat esențial și proporția celor cu declin pronunțat al ASP – de la 15,0% (21) la 5,7% (8) după recuperarea complexă, dezadaptare de grad mediu aveau postrecuperator 39 (27,9%) bolnavi față de 82 (58,6%) anterecuperator.

Toate parametrele și caracteristicile indicelui de adaptare socio-profesională se corelează și depind direct de nivelul depresiv al bolnavilor asistați. Pe măsură ce semnele depresive se atenuează sub tratamentele de ordin recuperator, se ameliorează (gradual) și dezadaptarea socio-profesională – declin ușor la 51,4% (72) și valori normale – la 34,3% (48). Postcurativ doar 20 bolnavi (14,3%) au prezentat dezadaptare de grad mediu și 1 bolnav – deprimanță profundă.

Rezultatele obținute în lotul de bolnavi cu neoplasme maligne cutanee după aplicarea tratamentelor recuperatorii au relevat că această categorie de cancerosi se pretează mai bine manevrelor corecționale, fără a fi nevoie de procedee speciale, complexe, iar atunci când acestea se adaptează corect, pacienții se mențin pe poziția unei înalte activități de adaptare socială – atât în plan socio-habitual, cât și în cel socio-profesional. Rezultatele explorărilor efectuate în acest domeniu permit afirmarea că în cazul bolnavilor, ce au suportat tratamente de eradicare a cancerului și apoi au beneficiat de terapie recuperatorie, trebuie să se considere înalta lor disponibilitate profesională, iar problemele de reabilitare socială și profesională se vor soluționa în funcție de exigențele individuale, ținând cont de faptul

că cei orientați spre activitate de muncă au nevoie de aceasta nu doar pentru beneficii de ordin economic, dar mult mai mult – pentru autoafirmare, păstrare și susținerea relațiilor sociale prestabilite. O asistență oportună în acest sens pentru bolnavii canceroși poate deveni o șansă de redresare a sănătății și deci de ameliorare a indicilor de calitate a vieții.

În virtutea redresărilor sociale ce le ating, bolnavii oncologici solicită în fața expertizelor repetate să li se mai retragă grupul de invaliditate, iar uneori nici nu se mai prezintă pentru reexpertizarea validității de muncă. În 3,4±1,2% din cazuri bolnavii au contestat indicele grupului de invaliditate determinat de Comisia de expertiză medicală a vitalității.

În această ordine de explorări, s-a stabilit că fenomenul de reangajare arbitrară a bolnavilor oncologici a devenit foarte răspândit, iar recomandările de muncă nu se iau în considerare. Astfel, desconsiderând recomandările Comisiei de expertiză medicală a vitalității, 35,9±3,2% din bolnavii cu cancer de mamar, 25,9±3,4% din cei cu tumori uterine, 8,2±1,4% de bolnavi cu neoplasme pulmonare și 81,3±4,5% din cei cu cancer de piele încearcă să se angajeze la muncă, deși după toate probabilitățile adaptarea lor socio-profesională ar fi fost mult mai simplă percepută dacă s-ar fi programat pentru ei unele explicații consultative.

Recomandările comisiei de experți pentru majoritatea bolnavilor vizează diminuarea volumului de activitate productivă, dar de cele mai multe ori, cel revenit la serviciu nu este tratat de către administrație la modul solicitat de condiția fizică a unui extenuat prin boală și tratament agresiv. Drept urmare, mulți din cei ce s-au angajat din proprie inițiativă remarcă dificultăți în exercitarea acestor munci. Și din contra, cei, care s-au reangajat conform restricțiilor prevăzute de Comisia medicală de expertiză a vitalității, notează că noua lor activitate li se potrivește și nu-i surmenează.

Un moment important pentru reabilitarea profesională a bolnavilor oncologici este cel ce vizează definirea recomandărilor de reangajare în vechea profesiune sau într-o altă specialitate. S-a colaborat cu Departamentul “Moldovastandard” la întocmirea nomenclatorului de

profesiuni și ocupații, ordonându-le în cadrul unui “Clasificator al Ocupațiilor din Republica Moldova”, pentru ca în conformitate cu acesta să se formuleze pentru bolnavii oncologici, după tratamentele recuperatorii, recomandări speciale pentru reîncadrare funcțională cu scopul de a regla relațiile socio-profesionale din acest mediu. “Clasificatorul Ocupațiilor din Republica Moldova” a fost întocmit cu scopul de a dispune de un instrument absolut necesar și destinat în temei pentru clasificarea și codificarea exactă a ocupațiilor înregistrate, tot aici se fixează proporția de angajați și disponibilizați, vacanțele de muncă, este util pentru alegerea profesiei optime în caz de incapacitate temporară sau stabilă de muncă.

Blocul informațional cu profesiunile muncitorești mai include și coduri de fațete ce caracterizează corespunderea profesiei de muncitor numărului de ediție ENCS (două indicii), grupului ocupațional de bază, care include patru indici:

- genuri de producție și activități în conformitate cu numărul ediției ETCS – două indicii, fațeta 01; (Anexe)
- categoriile tarifare – un indice, fațeta 02;
- clasele (categoriile) de calificare – un indice, fațeta 05;
- condițiile de muncă – un indice, fațeta 05;
- profesiunile derivate – un indice, fațeta 06;

Un exemplu de codificare, după “Clasificatorul Ocupațiilor din Republica Moldova” (CORM), a profesiei de lăcătuș:

17920 02 7223 5 1 2 , unde

- 1 – profesiunea;
- 7920 – lăcătuș;
- 02 – ediția II ETCS;
- 7223 – grupul profesional de bază după CORM (operatori la mașinile de prelucrare a metalelor și ajustării de mașini și instalații);
- 5 – categoria tarifară 5;
- 1 – condiții normale de muncă;
- 2 – muncitor, ce operează prin intermediul mecanismelor și mașinilor.

Fățeta 06 caracterizează gradul de calificare a muncitorului (superior, asistent) și se aplică pentru codificarea diferitor specialități

în corespundere cu actele normative în vigoare. Pentru serviciul oncologic de reabilitare sunt de interes special fațetele 04 și 05, care se consideră în decizia rearanjării sau la preschimbarea profesiei.

Blocul informațional, vizând funcționarii, include coduri de fațete conformate categoriei funcționale (un indiciu), precum și anumitor poziții ale CORM (patru indicii). Trei fațete caracterizează funcțiile după următoarele indicii:

- categoriile funcționale – un indiciu, fațeta 10;
- funcții derivate – două indicii, fațeta 11;
- categorii (clase) calificative – un indiciu, fațeta 12.

O particularitate a fațetelor 11 și 12 ar fi disponibilitatea lor aplicativă pentru diferite funcții, deoarece pentru funcțiile derivate nu sunt prevăzute categorii de calificare. Astfel că în dependență de postul ce îl ocupă se alege fațeta 11 sau 12 (Vezi Anexele).

Exemplificăm modalitatea de codificare după CORM a funcției de locuitor al șefului direcției (în industrie):

24931 1 122203, unde

- 2 – funcția;
- 4931 – șeful direcției (în industrie);
- 1 – categoria de conducător;
- 1222 – grupul profesional de bază după CORM (șefii subdiviziunilor specializate din industria extractivă și cea producătoare);
- 03 – funcția derivată – locuitor.

Componența și consecutivitatea de aranjament al fațetelor din blocul informațional se definește de specificul problemei concrete soluționate prin intermediul CORM.

În caz că ocupația nu este inclusă în nomenclatorul alfabetic, se vor considera două informații corelate între ele:

- nivelul studiilor;
- funcția de bază a persoanei angajate.

Cu ajutorul acestor 2 informații (criterii clasificative) se determină grupul de bază, care include această specialitate. Apoi se procedează la clasificarea sistemică și în baza descrițiilor referitoare la elementele ocupației, cât mai apropiate de aceasta, se determină grupul profesional de bază și codul acestuia.

Tot din blocul informațional în calitate de indicii complementari se pot utiliza codurile și elementele nomenclatoare din alte sisteme de clasificare tehnico-economică.

Valorificând “Clasificatorul Ocupațiilor din Republica Moldova” și colaborând cu serviciile Departamentului Național al Utilizării Forței de Muncă, s-a reușit ordonarea procesului de eliberare a recomandărilor de muncă în profesiunea anterioară sau într-o altă ocupație, precum și relațiile de reîncadrare profesională a bolnavilor oncologici după tratamentele radicale, care consideră statutul lor somatofuncțional și cel psihoemoțional.

În cadrul asistenței de reabilitare medico-profesională a bolnavilor oncologici corectivele medicale ale dezaranjamentelor postcurative se corelează cu principiile de expertiză a validității de muncă, în special la capitolul amplasării profesionale adecvate și reintegrării profesionale. Explorările vizate au tranșat direcțiile prioritare și de perspectivă în fundamentarea unei noi concepții pentru expertiza validității funcționale a bolnavilor oncologici și perfecționarea sistemului de validare a incapacității de muncă, care va fi descrisă în capitolele următoare.

4.2. ANALIZA CORELAȚIONALĂ A INDICILOR DE ADAPTARE SOCIO-PROFESIONALĂ DUPĂ TRATAMENTUL RECUPERATORIU A BOLNAVILO CU DIFERITE LOCALIZĂRI A NEOPLASMELOR MALIGNE

Pentru determinarea gradului de corelație a indicilor evaluați în fiecare din cele 5 loturi de bolnavi conform sediului neoplazic s-a probat analiza lor sistemică, prin care s-au evidențiat modificări specifice de diferență valoare statistică ale procesului de adaptare socio-profesională.

Rezultatele ilustrate în tab.6 au evidențiat că proporția bolnavilor cu cancere pulmonare cu dezadaptare socio-profesională ușoară era minimă până la inițierea tratamentelor recuperatorii – 7,5%, după asemenea îngrijiri de resuscitare funcțională numărul acestora s-a majorat până la 25,8%, adică o creștere de 3,4 ori ($P < 0,001$). Prin urmare procedeul de reabilitare aplicat s-a arătat eficient pentru această categorie de bolnavi.

Tabel 6

Semnificația diferențelor dintre indiciile dezadaptării socio-profesionale a bolnavilor purtători de neoplasme pulmonare fixate pre- și postrecuperator

Nivelul de dezadaptare socio-profesională	Nr. bolnavi %		Criteriul Student t	Intervalul de prognostic sigur "p"	Diferență concludentă: da – "+" nu – "-"
	anterecuperator	postrecuperator			
Moderată	7,5 ± 2,4	25,8 ± 4,0	3,9	< 0,001	"+"
Medie	32,5 ± 4,3	34,2 ± 4,3	0,3	> 0,05	"–"
Pronunțată	60,5 ± 4,5	40,0 ± 4,5	3,4	< 0,001	"+"

În cazul bolnavilor, prezentând dezadaptare de nivel mediu prin exercițiul recuperator aplicat, nu s-au remarcat modificări esențiale. Proporția lor prerecuperatorie a fost de 32,5% și a ajuns de 34,2%, diferența fiind insensibilă statistic ($P > 0,05$), deaceia complexul de măsuri recuperatorii nu poate fi recomandat bolnavilor cu acest nivel de dezadaptare socio-profesională.

Prin activitățile de resuscitare recuperatorie proporția de bolnavi cu dezadaptare de expresie pronunțată s-a diminuat de la 60% la 40%, ameliorarea obținută nu a fost însă întâmplătoare, marja de prognostice exacte constituind mai puțin de 1% ($p < 0,001$).

După curele de recuperare complexă rata bolnavilor cu neoplasme gastrice cu nivel moderat de dezadaptare socioprofesională s-a majorat de la 4,2% la 9,2% (tab.7), diferențele de spor nefiind însă semnificative statistic ($P > 0,05$). S-a dedus din acest rezultat mediocru că, probabil, ar

Tabel 7

Semnificația diferențelor pentru gradul de dezadaptare socioprofesională a bolnavilor cu neoplasme gastrice evaluate ante- și postrecuperator

Nivelul de dezadaptare socio-profesională	Nr. bolnavi %		Criteriul Student t	Intervalul de prognostic sigur "p"	Diferență concludentă: da – "+" nu – "-"
	anterecuperator	postrecuperator			
Moderată	4,2 ± 1,8	9,2 ± 2,6	1,6	> 0,05	"–"
Medie	35,0 ± 4,4	38,3 ± 4,4	0,5	> 0,05	"–"
Pronunțată	60,8 ± 4,5	52,5 ± 4,6	1,3	> 0,05	"–"

fi necesar un număr mai mare de observații, care să poată fi examinate în dinamic. Dar se poate renunța la procedeul de reabilitare în formula dată, când asistăm bolnavii cu asemenea grad de dezadaptare socio-profesională.

Nici în acest lot de observație bolnavii cu nivel mediu de dezadaptare nu au realizat ameliorări în dinamicul tratamentului recuperator: 35,0% inițial și 38,3% – postrecuperator. Calculele statistice au dedus inconcludența acestor diferențe ($p > 0,05$), astfel că formula de recuperare probată nu se poate recomanda bolnavilor cu acest nivel de diminuare a dezadaptării socio-profesionale.

Prin efectele tratamentului recuperator s-a diminuat și proporția de bolnavi cu declin major al adaptării socioprofesionale: de la 60,8% la 52,5% după recuperarea probată. Această evoluție nu s-a dedus însă de valoare statistică, iar rata de prognostic sigură a depășit 5% ($p > 0,05$).

Devine evident că în cazul bolnavilor cu neoplasme gastrice nu s-au produs modificări considerabile ale dezadaptării socioprofesionale în dinamicul curelor de reabilitare postoperatorie. Una din modalitățile de consolidare a potențialului adaptativ al bolnavilor de cancer gastrice ar fi revederea programelor de recuperare, care să considere specificitățile acestui grup de pacienți.

Rezultatele prezentate în tabelul 8 denotă că proporția bolnavilor cu cancer colouterine și dezadaptare socioprofesională de intensitate moderată a fost de 10% până la tratamentele recuperatorii, ajungând de 39,2% postcurativ, astfel se estimează o creștere de 3,9 ori, care este un rezultat statistic concludent ($p < 0,001$) și demonstrează că pentru această categorie de bolnavi programul curativ aplicat s-a arătat eficient.

Tabel 8

Evaluarea gradului de semnificație a diferențelor pentru dezadaptarea socioprofesională a bolnavilor de cancer colouterine evaluate pre- și postrecuperator

Nivelul de dezadaptare socio-profesională	Nr. bolnavi %		Criteriul Student t	Siguranța prognosticelor "p"	Diferențe concludente: da – "+" nu – "-"
	prerecuperator	postrecuperator			
Moderată	10,0 ± 2,6	39,2 ± 4,3	5,8	< 0,001	"+"
Medie	39,2 ± 4,3	44,6 ± 4,4	0,9	> 0,05	"–"
Pronunțată	50,8 ± 4,4	16,2 ± 3,2	6,4	< 0,001	"+"

La bolnavii cu declin mediu al ASP nu s-au inițiat modificări considerabile în dinamicul acestui parametru. Astfel, de la cota de 39,2% până la tratamentul recuperator acești bolnavi constituie după recuperare o proporție de 44,6%. Calculele au relevat că diferența dedusă nu este concludentă statistic ($p > 0,05$) și, astfel, programul prevăzut pentru reabilitarea bolnavilor cu asemenea grad de dezadaptare socioprofesională necesită revederi.

În schimb, prin aceleași formule de recuperare s-a obținut că bolnavii, care prezentase dezadaptare socioprofesională pronunțată, s-au redus numeric de la 50,8% la 16,2%. Este o reducere de valoare statistică, indicele de exactitate prognostică fiind de $< 1\%$ ($p < 0,001$).

Deducem că pentru bolnavii cu nivele de dezadaptare socioprofesională legeră și marcată programul de recuperare probat s-a dovedit eficient, dar nu și pentru cei cu declin mediu al acestui indice.

Din materialul statistic, ilustrat prin tabelul 9, s-a stabilit că prin tratamentele de reabilitare aplicate pacienților cu cancer mamare a crescut considerabil proporția de femei cu dezadaptare socioprofesională moderată – de la 6,2% la 48,5% postrecuperator. Creșterea de 7,8 ori nu a fost accidentală, diferența fiind de semnificație statistică ($p < 0,001$). Astfel pentru bolnavele din această categorie procedeul de recuperare s-a arătat eficient.

Tabel 9

Semnificația diferențelor ante- și postrecuperatorii pentru indicele dezadaptării socioprofesionale al bolnavilor cu neoplasme mamare maligne

Nivelul de dezadaptare socio-profesională	Nr. bolnavi %		Criteriul Student t	Indicele de exactitate prognostică "p"	Diferențe concludente: da – "+" nu – "-"
	prerecuperator	postrecuperator			
Moderată	6,2 ± 2,1	48,5 ± 4,4	8,6	< 0,001	"+"
Medie	33,0 ± 4,1	39,2 ± 4,3	1,1	> 0,05	"–"
Pronunțată	60,8 ± 4,3	12,3 ± 2,9	9,3	< 0,001	"+"

La bolnavele cu grad mediu de dezadaptare socioprofesională nu s-au produs modificări apreciabile în dinamic curativ. De la cota celor 33,0% s-a ajuns după recuperare la proporția de 39,2%. Diferențele deduse s-au dovedit fără valoare statistică, adică programul

respectiv de reabilitare nu este aplicabil în cazul bolnavelor cu asemenea indici de dezadaptare socioprofesională.

Tratamentele de recuperare au reușit ameliorări considerabile pentru bolnavele cu dezadaptare socioprofesională pronunțată, numărul acestora fiind redus în aspect procentual de la 60,8% la 12,3% postcurativ. Diminuarea înregistrată nu a fost incidentală, indicele de exactitate prognostică fiind de $< 1\%$ ($p < 0,001$).

Așa dar, pentru bolnavele cu dezadaptare socioprofesională moderată și severă efectele programelor recuperatorii au fost remarcabile, dar nu și pentru categoria cu dezadaptare de grad mediu.

Rezultatele înregistrate au consemnat că proporția de 26,4% bolnavi cu neoplasme cutanee și cu grad minim de dezadaptare socio-profesională atestată prerecuperator s-a majorat evident după îngrijirile de recuperare complexă, atingând 66,4% (tab. 10). Efectul acestor tratamente prin sporul de 2,5 ori al celor cu minime dezadaptări s-a constatat și de semnificație statistică ($p < 0,001$), demonstrând că pentru asemenea pacienți formulele curative adaptate sunt și cele mai adecvate.

Tabel 10

Concludența diferențelor dintre dezechilibrele ASP apreciate ante- și postrecuperator la bolnavii cu neoplasme de piele

Nivelul de dezadaptare socio-profesională	Nr. bolnavi %		Criteriul Student t	Indicele de exactitate prognostică "p"	Diferențe concludente: da – "+" nu – "-"
	prerecuperator	postrecuperator			
Moderată	26,4 ± 3,7	66,4 ± 4,0	7,4	< 0,001	"+"
Medie	58,6 ± 4,2	27,9 ± 3,8	5,4	< 0,001	"–"
Pronunțată	15,0 ± 3,0	5,7 ± 2,1	2,5	< 0,001	"–"

Și bolnavii cu dezadaptare de expresie medie au evoluat favorabil sub tratamentele de reabilitare, numărul lor coborând de la indicele de 58,6% precuperatorii până la 27,9%, descreștere de 2,1 ori, care, precum au sugerat calculele, s-a dovedit de concludență statistică ($p < 0,001$). Astfel se poate considera că metoda este indicată și efectivă pentru asemenea parametre ale indicelui de dezadaptare socioprofesională.

Prin tratamente recuperatorii de formulă complexă s-a reușit ameliorarea importantă a statutului socioprofesional al bolnavilor, care

s-au prezentat până la aceste îngrijiri cu dezadaptare pronunțată, numărul lor fiind diminuat considerabil (de la 15,0% până la 5,7%, adică de 2,6 ori). Diferența s-a dovedit de concludență statistică, indicele de exactitate prognostică de < 1% (p<0,001). Datele analizate aici demonstrează că pentru bolnavii ce suportă cancere de piele, indiferent de profunzimea dezadaptărilor socioprofesionale, această modalitate de recuperare postagresională este cea mai eficientă.

Observând în ordine de investigare dinamică indicii de adaptare socioprofesională a bolnavilor cu boală neoplazică de diferită localizare sub tratamente de recuperare complexă, s-au dedus următoarele:

- în cancerele de plămân un dinamic concludent pozitiv se observă la pacienții cu grad minim și pronunțat de dezadaptare socioprofesională, nu sunt influențați sensibil pacienții cu dezadaptare de grad mediu;
- în cancerele de col și corp uterin dinamic evident favorabil se poate obține prin recuperare la bolnavii cu grad minim și pronunțat de dezadaptare socioprofesională, evoluțiile sunt mai inexpressive la pacienții cu dezadaptare de grad mediu;
- tratamentele de resuscitare psihoemoțională complexă nu au reușit modelarea vre-unui grad de dezadaptare socioprofesională în cazul bolnavilor de cancer gastric;
- prin tratamentele de recuperare complexă a bolnavilor de cancere mamare am reușit redresarea dezadaptărilor socioprofesionale de grad minim și pronunțat, destabilimentele de grad mediu nu pot fi influențate concludent;
- la pacienții cu cancere de piele dinamicul dezadaptărilor socioprofesionale de toate gradele poate fi influențat favorabil.

4.3. MODELUL DE EVALUARE STATISTICO-MATEMATICĂ A REZULTATELOR DE READAPTARE SOCIO-PROFESIONALĂ A BOLNAVILOR CU NEOPLASME DE DIFERITĂ LOCALIZARE

Cu scopul de a determina reitingul de efect al acțiunilor de readaptare socioprofesională a bolnavilor cu tumori de diferită localizare s-a elaborat un model statistico-matematic.

Procesul de elaborare a modelului statistico-matematic a inclus următoarele etape de lucru:

- Etapa I.* Calcularea indicelui intensiv.
- Etapa II.* Determinarea marjei de eroare standard a indicelui sugestiv.
- Etapa III.* Calcularea criteriului Student (valoare scontată).
- Etapa IV.* Definirea numerică a gradelor de libertate.
- Etapa V.* Determinarea valorii tabulare a indicelui Student.
- Etapa VI.* Evaluarea semnificației rezultatelor de adaptare socio-profesională până și după tratamentul recuperator.
- Etapa VII.* Evaluarea integrală a rezultatelor de redresare a adaptării socioprofesionale la bolnavii cu neoplasme de diferit sediu.

Etapa I. Calcularea indicelui intensiv.

Pentru calcularea indicelui intensiv s-a folosit formula propusă de noi (1):

$$I = \frac{K}{N} \times 100 ,$$

unde:

I – indicele intensiv;

K – numărul de bolnavi cu acest indice;

N – numărul total de bolnavi examinați.

De exemplu, prin examinarea a 120 bolnavi de cancer pulmonar (n = 120) s-au depistat 72 bolnavi cu deprimanță marcată a ASP. În această situație indicele intensiv “I” este egal cu:

$$I = \frac{72 \times 100}{120} = 60\%$$

Prin urmare, indicele intensiv I = 60,0%. El apreciază că din cei 100 de bolnavi examinați 60 se prezintă cu grad intens de reducere a adaptării socioprofesionale.

Etapa II. Calculele erorii standard a indicelui.

Calculele pentru determinarea marjei de eroare standard se execută prin formula (2):

$$m = \sqrt{\frac{1 \cdot q}{n}} \quad (2),$$

unde:

m – eroarea standard a indicelui intensiv “I”;
 I – indicele intensiv (pentru cei 100 examinați);
 q – indicele alternativ;
 n – numărul total de bolnavi explorați.

De notat, indicele alternativ “q” este un parametru de valoare adversă indicelui intensiv “I”.

Spre exemplu, dacă pentru cei 100 de examinați indicele intensiv $I = 60,0\%$, atunci indicele alternativ “q” va fi egal cu
 $100\% - 60\% = 40\%$.

Așadar, interpretarea indicelui alternativ reiese din indicele intensiv. Și atunci dacă din cei 100 examinați 60 au prezentat un grad intens de diminuare a adaptării socioprofesionale ($I = 60\%$), atunci ceilalți 40 nu au un grad pronunțat de adaptare socioprofesională ($q = 100 - 60$).

Astfel indicele alternativ se calculează în modul următor:

$$q = 100 - I \quad (3)$$

Definind valoarea parametrului alternativ “q” după formula (3), putem calcula și valoarea erorii standard “m”:

$$m = \sqrt{\frac{60\% \cdot (100\% - 60\%)}{120}} = \pm 4,5\%$$

Așadar, prin calculele de program s-a delimitat indicele intensiv și eroarea lui standard:

$$I \pm m(60,0\% \pm 4,5\%)$$

Etapa III. Calcularea criteriului Student (valoarea dedusă).

Formula folosită pentru calcularea parametrului Student arată în felul următor (4):

$$t_{calc} = \frac{|I_1 - I_2|}{m_1^2 + m_2^2} \quad (4),$$

unde:

t_{calc} – valoarea dedusă a criteriului Student;
 I_1 – indicele intensiv al celor 100 examinați la etapa prereruperatorie;
 m_1 – eroarea standard a indicelui intensiv “ I_1 ”;
 I_2 – indicele intensiv al celor 100 examinați după tratamente recuperatorii;
 m_2 – eroarea standard a indicelui intensiv I_2 .

Exemplu:

- “până” la cura recuperatorie s-au depistat bolnavi cu declin pronunțat al adaptării socioprofesionale – $60,0 \pm 4,5\%$ ($I_1 \pm m_1$).
- “după” cura de reabilitare postagresională numărul de bolnavi cu declin pronunțat al indicelui de adaptare socioprofesională a devenit $40,0 \pm 4,5\%$ ($I_2 \pm m_2$).

Rezultatele calculelor, ce au urmărit semnificația diferențelor de parametre evaluate în dinamic după criteriul Student, au relevat:

$$t = \frac{|60\% - 40\%|}{\sqrt{4,5^2 + 4,5^2}} = 3,4$$

Etapa IV. Determinarea numărului de grade de libertate.

Acest calcul se efectuează după formula (5):

$$\gamma = n - 1 \quad (5),$$

unde:

γ – numărul gradelor de libertate;
 n – numărul bolnavilor examinați.

De exemplu, s-a cercetat același grup de bolnavi “până” și “după” tratamentul de reabilitare ($n = 120$).

Prin urmare numărul de grade de libertate va constitui:

$$\gamma = 120 - 1 = 119.$$

Etapa V. Determinarea valorii tabulare a criteriului Student.

Valoarea tabulară a criteriului Student (t_{tab}) se deduce după tabelele de statistică matematică. În cadrul investigațiilor medicale se determină 5 valori tabulare ale criteriului Student:

- ⇒ prima valoare a criteriului Student se conformă prognosticului cu marja de eroare de $< 5\%$ (notată $p < 0,05$; $t_{0,05}$);
- ⇒ a 2-a valoare a criteriului Student se conformă prognozei cu marja de eroare $< 1\%$ (notată ca $p < 0,01$; $t_{0,01}$);
- ⇒ a 3-a valoare a criteriului Student corespunde unui prognostic cu marja de eroare $< 0,1\%$ (notată ca $p < 0,001$; $t_{0,001}$).

De menționat, că valorile tabulare ale criteriului Student se calculează în baza numărului de grade de libertate, cunoscut deja “ γ ”.

De exemplu, la mărimea de $\gamma = 119$

- ✓ $t_{0,05} = 2,0$;
- ✓ $t_{0,01} = 2,6$;
- ✓ $t_{0,001} = 3,1$.

Etapă VI. Estimarea semnificației statistice a rezultatelor de readaptare socioprofesională după valorile “ante” și “post” recuperării

Aprecierile de concludență se încep cu procedura de comparație a criteriului Student calculat cu valorile sale tabulare. Această procedură se execută după următoarea regulă:

⇒ dacă $t_{\text{calc.}} > t_{0,05 \text{ tab.}}$, atunci diferențele dintre I_1 și I_2 sunt nealeatorii (concludente, semnificative, considerabile). Este foarte important că aceste diferențe sunt și de concludență prognostică, echivalând cu $p < 0,05$ (eroarea prognozei este de $< 5\%$);

⇒ dacă $t_{\text{calc.}} \leq t_{0,05 \text{ tab.}}$, atunci diferențele dintre I_1 și I_2 sunt aleatorii (neconcludente, nesemnificative, neimportante). Eroarea prognozei va fi de $> 5\%$;

⇒ dacă $t_{\text{calc.}} > t_{0,01 \text{ tab.}}$, atunci diferențele dintre I_1 și I_2 nu sunt aleatorii (deci se anunță ca semnificative, autentice, importante). Eroarea prognozelor va constitui 1% ($p < 0,01$);

⇒ dacă $t_{\text{calc.}} > t_{0,001 \text{ tab.}}$, atunci și diferențele dintre I_1 și I_2 nu sunt aleatorii (deci se pot considera concludente, autentice, esențiale). Eroarea prognozelor va constitui $< 0,1\%$ ($p < 0,001$).

Calcululele exemplificate au dedus că $t_{\text{calc.}} = 3,4$.

Concomitent valorile tabulare ale criteriului Student au fost calculate ca fiind egale cu:

- $t_{0,05 \text{ tab.}} = 2,0$;
- $t_{0,01 \text{ tab.}} = 2,6$;
- $t_{0,001 \text{ tab.}} = 3,3$.

Se evidențiază o legitate: cu cât este mai înaltă valoarea $t_{\text{tab.}}$, cu atât mai redusă este eroarea de prognostic. Iar nivelul minim de eroare prognostică consemnează niște diferențe remarcabile între parametrele evaluate ante- și postcurativ.

Valoarea calculată $t_{\text{calc.}} = 3,4$ este superioară valorii tabulare $t_{0,001 \text{ tab.}} = 3,3$. Prin urmare eroarea prognostică este $< 0,1\%$. Rezultatele de estimare a diferenței parametrilor de adaptare socioprofesională “până” și “după” tratamentele recuperatorii la bolnavii cu neoplasme pulmonare sunt redată în tabelul 11.

Cele redată în tabelul 11 afirmă că prin exercițiul recuperativ numărul bolnavilor cu diminuare pronunțată a nivelului de adaptare socioprofesională s-a redus de la 60% la 40%. Ameliorarea s-a apreciat de valoare statistică ($p < 0,001$).

Tabel 11

Semnificația diferențelor deduse pentru gradul de adaptare socioprofesională a bolnavilor cu neoplasme pulmonare “până” și “după” tratamentele de reabilitare

Deadaptare socio-profesională	Nr. bolnavi %		Criteriul Student, t	Indicele de Siguranță prognostică, p	Diferențe concludente da – “+” nu – “-”
	prerecuperator	postrecuperator			
Pronunțată	60,5 ± 4,5	40,0 ± 4,5	3,4	< 0,001	“+”

Prin urmare, pentru acest contingent de canceroși acest program de reabilitare a demonstrat eficiență și deci poate fi implementat în practica serviciilor de recuperare pentru bolnavii cu neoplasme maligne de plămân și deprimanță profundă a adaptării socioprofesionale.

Etapă VII. Estimarea integrală a eficienței măsurilor de readaptare socioprofesională a bolnavilor purtători de cancer de diferită angajare

Proiectarea operației de evaluare integrală a rezultatelor de adaptare socioprofesională a presupus:

- I pas.* Construirea funcției predictive.
II pas. Sumarea funcțiilor predictive.
III pas. Calcularea apreciativului integral de eficiență.
IV pas. Determinarea reitingului de efect al rezultatelor de adaptare socioprofesională a bolnavilor cu cancer de diferită localizare.

I pas. Construirea funcției predictive

Funcția predictivă “ ξ ” este destinată pentru transformarea concluziei logice despre dinamicul rezultatelor curative în expresie cantitativă. Operația devine necesară pentru concluzii obiective asupra priorităților de sediu canceros în funcție de evoluțiile procesului de adaptare socioprofesională.

Tehnologia funcției predictive “ ξ ” prevede:

- analiza logică a dinamicului curativ;
- enunțarea apreciativului cantitativ al efectului curativ.

Analiza logică asupra dinamicului curativ presupune acceptarea uneia din cele 3 variante de deducție:

- ⇒ dinamicul adaptării socioprofesionale inițiat prin tratament recuperator este evident pozitiv;
- ⇒ dinamicul adaptării socioprofesionale definit de asistența recuperatorie se întrevide net negativ;
- ⇒ dinamicul indicelui de adaptare socioprofesională nu se traduce de valori concludente.

De menționat aparține că nivelul operează, în principal, comparația a două valori:

- proporția bolnavilor până la tratamentele recuperatorii;
- proporția bolnavilor după tratamentul recuperator.

Prin confruntarea acestor două valori s-a ajuns ca modelul să se fundamenteze pe o funcție binară de predicție. Esența modelului analitic se rezumă la faptul că oricărei variante de concluzie i se predictează o funcție sub forma unuia din numerele: “1” sau “0”.

De altfel, funcția predictivă devine de valoarea “1” ($\xi=1$), dacă dinamicul adaptării, inițiat prin recuperările complexe, se arată concludent pozitiv.

Funcția predictivă obține valoarea “0” ($\xi=0$), dacă dinamicul

readaptării socioprofesionale sub îngrijiri recuperatorii este unul semnificativ negativ.

Funcția predictivă nu obține nici o valoare ($\xi=-$), dacă ameliorările adaptării socioprofesionale nu s-au exprimat concludent.

Astfel, formula matematică a funcției predictive (6) se poate imagina precum urmează:

$$\xi = \begin{cases} 1, & \text{dacă } x_i^{\text{“post”}} \text{ este superior } x_i^{\text{“ante”}}, \text{ în condiția de } p < 0,05 \\ 0, & \text{dacă } x_i^{\text{“post”}} \text{ este inferior } x_i^{\text{“ante”}}, \text{ în condiția de } p < 0,05 \end{cases} \quad (6)$$

unde:

ξ – funcția predictivă;

$x_i^{\text{“post”}}$ – valoare indicelui “post” curativ;

$x_i^{\text{“ante”}}$ – valoare indicelui “ante” curativ.

De exemplu, funcția predictivă pentru valorile, redată în tabelul 11, este prezentată în tabelul 12.

Tabel 12

Funcția predictivă pentru dinamicul statutului de gravă dezadaptare socioprofesională a bolnavilor cu cancer pulmonar

Gradul dezadaptării socioprofesionale	Nr bolnavi %		Probabilitatea a unui prognostic exact “p”	Funcția predictivă “ ξ ”
	antere recuperator	postre recuperator		
Pronunțată	60,5 ± 4,5	40,0 ± 4,5	< 0,001	1

Al II pas. Sumarea funcțiilor predictive

În cazul bolnavilor cu diferite sedii neoplazice și grade de dezadaptare socioprofesională s-au fixat evident și diferite rezultate de recuperare complexă. Pentru a defini prioritatea sediului canceros s-a procedat sumarea funcțiilor predictive (tab.13).

Pasul III. Calcularea apreciativului integral de eficiență

Pentru asemenea estimări s-a imaginat formula (7):

$$I_k = \frac{100}{n} \sum_{i=1}^n \xi_k \quad (7),$$

Tabel 13

**Estimația integrală a rezultatelor de readaptare
socioprofesională la bolnavii cu afecte neoplazice
de diferită localizare**

Gradul dezadaptării socioprofesionale	Funcția predictivă “ξ” pentru:				
	Cancerul de piele	Cancerul mamar	Cancerul de col și corp uterin	Cancerul pulmonar	Cancerul gastric
Moderată	1	1	1	1	“—”
Medie	1	“—”	“—”	“—”	“—”
Pronunțată	1	1	1	1	“—”
Punctajul sumar	3	2	2	2	“—”
Apreciativul de ansamblu al efectelor de adaptare	100%	67%	67%	67%	0%

unde:

I_k – semnifică scorul apreciativ de eficiență a programelor de adaptare socioprofesională la sediul canceros “k”;

n – numărul gradelor de adaptare socioprofesională;

ξ_k – funcția predictivă pentru sediul canceros “k”.

Pasul IV. Determinarea priorităților de sediu canceros după nivelele de adaptare socioprofesională

Apreciativul integral al eficienței curative se înscrie în intervalul

➡ $I = 0\%$ până la ...

➡ $I = 100\%$.

Sediul canceros având valoarea apreciativului integral de 100% este cel mai favorabil după potențialul adaptogen pentru activitate profesională.

Analiza rezultatelor de modelare

În urma calculelor pentru cele 5 localizări de boală neoplazică, care considerase trei grade de dezadaptare, s-au dedus următoarele rezultate (tab.14).

În conformitate cu rezultatele obținute prin modelul de evaluare statistică matematică, cele mai pregnante efecte de readaptare socioprofesională după cura de recuperare complexe s-au fixat în cazul bolnavilor de cancer cutanee.

Tabel 14

**Reitingul efectelor de redresare a nivelului de adaptare
socioprofesională la bolnavii cu neoplasme de diferit sediu**

Sediul tumoral	Apreciativul integral asupra rezultatelor de readaptare socioprofesională	Reitingul dedus
Tegumente	100%	1
Glanda mamară	67%	2-3-4
Colul și corpul uterin	67%	2-3-4
Plămâni	67%	2-3-4
Gastru	0%	5

Readaptarea socioprofesională a reușit pentru toate cele 3 grade de dezadaptare anume în acest contingent de cancerosi.

Rezultate negative s-au obținut în cazul bolnavilor cu neoplasme maligne gastrice.

O poziție intermediară s-a dedus pentru bolnavii de cancer mamar, col și corp uterin și încă pentru bolnavii cu neoplasme pulmonare.

Prin avantajul aceluiași model s-a putut elabora reitingul diferitor bolnavi oncologici în funcție de potențialul adaptațional pentru activități de muncă.

Aceasta a permis de a regla orientarea socio-profesională prin intermediul “Clasificatorului Ocupațiilor din Republica Moldova” și în conformitate cu acesta să se formuleze recomandări de angajare sau reangajare în muncă pentru bolnavii oncologici ce au beneficiat de îngrijiri recuperatorii, astfel sporind reintegrarea socio-profesională a acestei categorii de pacienți.

CAPITOLUL V

NOUA FORMULĂ CONCEPTUALĂ A EXAMENULUI DE EXPERTIZĂ A INVALIDITĂȚII BOLNAVILOR ONCOLOGICI (elaborare și valorificare)

Restabilirea sănătății bolnavilor oncologici este o sarcină de valență socială și se bazează pe soluționarea unui complex de probleme de expertiză a potențialului funcțional restant. Dar atunci când se decide posibilitatea de reîncadrare în muncă se cer considerate și alte parametre ce reflectă gradul de pregătire fizică și psihologică a bolnavului resocializat. Recunoașterea validității sau invalidității de muncă a bolnavilor, tratați în formulă radicală, se va examina ca un proces dinamic dependent de starea sănătății lor, de orientările personale, gradul de compensare psiho-socială, expresia tulburărilor funcționale, de nivelul asigurării materiale a bolnavilor expertizați. Astfel concluzia de expertiză se poate formula numai după un examen amănunțit al statutului psihofuncțional al bolnavului, deoarece expertul specialist își asumă nu doar răspunderea medicală, ci și morală pentru soarta celui din urmă. Căci, lucru cunoscut, nu întotdeauna facem un bine bolnavului prin restricția de a se încadra în muncă. Limitând bolnavii dispuși spre muncă să se realizeze în tendința lor firească de a se manifesta activ, creăm situații stresogene cu repercusiuni imprevizibile asupra sănătății bolnavului canceros.

Este evident că bolnavii oncologici nu pot concura cu alte categorii de bolnavi în calitate de rezervă de forțe de muncă. Nu se poate însă nega că de multe ori, chiar și pacienții dispuși să muncească, se declară incapabili de muncă pe un termen îndelungat, doar din motivul prognosticului incert (care de altfel este incert la toți bolnavii cancerosi) sau pentru tratamente specifice în prelungire, desconsiderând dorința acestora de a reveni în colectiv și a munci. S-a constatat, însă, că după 2–3 ani invalizii își pierd predispunerea spre muncă și foarte rar mai revin la activitate socialmente utilă sistematică.

Diversitatea neoformațiunilor maligne, care le diferă și ca manifestare patomorfologică, funcțională și clinică, precondiționează nu doar rezultatul curativ, dar și redresarea capacității de muncă. Deaceia în ultimii ani la evaluarea de efect al îngrijirilor de recuperare moderne se acordă un loc special determinării gradului de scădere a potențialului de muncă și de redresare efectivă a acestuia.

5.1. STAREA SERVICIULUI DE EXPERTIZĂ A VALIDITĂȚII FUNCȚIONALE A BOLNAVILOR ONCOLOGICI ȘI NECESITATEA PERFECTIONĂRII PRINCIPIILOR EI DE ESENȚĂ

Capacitatea de muncă reprezintă totalitatea facultăților fizice și spirituale ale fiecărui individ, prin care acesta se poate include în produsul social, care favorizează și asigură prosperarea materială și spirituală a comunității umane. Orice perturbaje ale acestor facultăți, definite de îmbolnăviri, afectează și potențialul socioprofesional.

Este ubiacceptată delimitarea a două genuri de incapacitate de muncă: temporară și definitivă sau completă. Incapacitatea temporară diferă de cea persistentă sau completă (invaliditate), în primul rând, prin caracterul tranzitor, iar tulburările (patologice și funcționale) de sănătate, definite de boală, sunt pasagere și se pretează la tratamente.

Criteriul de bază în diferențierea unei incapacități temporare de muncă de una definitivă este prognosticul clinic și funcțional pozitiv, deaceia medicul clinician sau expertul, ce decide asupra capacității de muncă și estimează prognosticul profesiografic al unui sau alt bolnav, vor avea de considerat nu doar caracterul maladiei, specificul ei evolutiv și gradul de expresie a disfuncționărilor prezentate, ci și unii factori de ordin social, ca: genul de muncă, condițiile și gradul de mecanizarea a operațiilor de muncă ș.a.

Este univoc că un raport de expertiză bine argumentat asupra potențialului funcțional al unui bolnav oncologic și implicit o evaluare adecvată asupra prognosticului clinic și profesiografic sunt realizabile doar prin colaborarea tuturor factorilor de ordin medical, psihologic și social – precondiție esențială pentru expertiza medicală a capacității de muncă în ansamblu, și pentru cea oncologică în particular.

În conformitate cu legislația Republicii Moldova, incapacitatea temporară de muncă, definită de boala neoplazică, se confirmă prin certificatul medical, care este un document juridic, prin care bolnavul este eliberat temporar de muncă și prin care acestuia i se garantează subvenție socială pentru intervalul de boală. Este o premiză de mare valoare pentru succesul acțiunilor de reabilitare complexă ce vizează vindecarea integrală a bolnavului. Cercetarea fenomenului de incapacitate temporară de muncă este o preocupare de interes științific și practic susținut.

De remarcat în acest sens un fenomen sugestiv: la înregistrarea și evidența bolnavilor oncologici în “Cancer Registrul Național al Republicii Moldova” în 1997 ponderea bolnavilor cu incapacitate temporară de muncă a constituit 6083 bolnavi din numărul total de 7224 sau 84,2%, dintre care doar 5685 sau 78,7% au fost documentați prin certificat de boală.

Datele analizate au relevat că durata medie a intervalului de incapacitate temporară de muncă la bolnavii înregistrați diferă în limite mari. Nu am remarcat diferențe speciale între femei și bărbați pentru durata de întreținere prin certificat de boală, în schimb am dedus relații directe ale acestora cu viza de reședință a bolnavilor. Astfel, s-au estimat drept inapți de muncă pentru intervale de 2–4 luni 64,2±2,0 la sută din bolnavii parveniți din localități rurale contra 71,6±2,1 la sută printre bolnavii ce locuiesc în orașe. Această diferență se poate explica pe de o parte prin specificul condițiilor socio-habituale și de producție din zonele rurale, iar pe de alta de posibilitățile mai largi de reamplasare rațională în muncă și de competența superioară a specialiștilor în clinica și expertiza funcțională din centrele republicane.

Deasemenea, analizând incapacitatea temporară de muncă (tab. 15) s-a dedus că de certificate de boală pe termene de până la 4 luni au beneficiat mai frecvent persoanele angajate în industrii (58,4%), mai puțin cei din sfera neproducătoare și agricultură (33,1%). Certificate pe termen de peste 4 luni au fost eliberate mai des persoanelor angajate în agricultură (41,2%). Concomitent s-a remarcat inexistența vre-unor diferențe pentru livrarea certificatelor de incapacitate funcțională în dependență de poziția socială, nivelul de instruire și nici de calificarea muncii prestate.

Intervalele de incapacitate temporară de muncă la bolnavii oncologici, antrenati în diferite domenii ale economiei naționale, corelate cu starea de incapacitate definitivă de muncă

Ramuri economice	Nr. bolnavi	Durata de incapacitate profesională temporară, luni/%			Incapacitate definitivă
		< 3 (%)	< 4 (%)	< 5 (%)	
Industrie	182	11,3	58,4	30,3	12,9
Agricultură	167	25,6	33,2	41,2	41,2
Infrastructuri	151	21,7	38,1	40,2	38,1

Din cele fixate, am conchis cum că termenele de incapacitate de muncă sunt definite important de recunoașterea în timp util a procesului neoplazic, de varianta clinică, extincția bolii, de prelungirea programelor de polichimioterapie și complicațiile suscitade de acestea. De cele mai multe ori acest parametru este de determinism pluricausal (presupune concursul câtorva din factorii relevați).

Astfel prin diagnosticul oportun și timpuriu al procesului neoplazic malign se reduc considerabil termenele de întreținere a bolnavilor prin certificate de incapacitate funcțională temporară și, din contra, un diagnostic emis tardiv și deci inoportun perpetuează aceste intervale de disfuncționare (fig.2). Analizând datele statistice pe republică este de notat că la momentul luării în evidență și înregistrării bolnavilor oncologici primar depistați în “Cancer Registrul Național al Republicii Moldova” în 1997 în stadiul I–II al maladii au fost depistați 2586 bolnavi sau 35,8% din numărul total de pacienți evidențiați primar (7224). La 1658 (64,1%) din pacienții cu diagnosticul emis precoce, după tratamentul radical complex se remarcă un dinamic pozitiv, care servește drept criteriu sigur pentru prognosticul clinic, amplasarea rațională în muncă și revenirea la munca social-utilă. În cazul bolnavilor cu diagnosticul emis inoportun un dinamic relativ favorabil se inițiază în termenele date la 587 bolnavi (35,4%) din numărul total de depistați în stadiul III – 2451 bolnavi, ceea ce afectează prognosticul clinic și de muncă, uneori fiind indicată trecerea lor la statut de invaliditate. Această tendință s-a remarcat și în cazul a 362 pacienți sau 19,1% din cei 1896 depistați tardiv în stadiul IV al maladii. Recunoașterea timpurie

a procesului malign în majoritatea cazurilor (64,1%) a contribuit la regresivitatea procesului malign deja la 3 luni după tratamentul radical complex, rezultat curativ-criterial pentru prognozele clinice, reamplasarea rațională a bolnavilor în câmpul muncii și reîncadrarea lor socială plină. Și din contra, dacă boala s-a diagnosticat tardiv sau în proces avansat, un dinamic clinic relativ favorabil se inițiază în termene mai îndepărtate (4–6 luni), ceea ce influențează în cele din urmă prognosticul clinico-profesiografic și servea de indiciu pentru trecerea bolnavului la statutul de invaliditate primară.

Reieșind din datele relatate până acum și considerând asemenea caracteristici ca: evoluția procesului canceros de fond, expresia dereglajelor postcurative inclusiv a sindroamelor postrezectionale, programele îndelungate de medicație cu citostatice (cure de polichimioterapie), manifestarea dezechilibrelor clino-frustraționale și socio-adaptive, devine evidentă necesitatea revederii termenelor de incapacitate temporară de muncă. Pentru asemenea situații am propus și implementat în uzul curent procedeul de prelungire a certificatelor medicale pentru bolnavii oncologici pentru cel puțin 6 din ultimele 12 luni (în locul celor 4 luni legiferate demult), insistând ulterior pentru reintegrarea socioprofesională a celor mai mulți din acestea.

Menționăm acum și cele ce urmează prin momentul novator valorificat de noi. Din cele observate pe parcurs, credem că eliberarea unor certificate de boală pe termene prelungite (până la 6 luni) este un gest rațional atunci când îngrijirile curative sunt orientate spre reintegrarea profesională și renunțarea la grupul de invaliditate. Dovadă fiind datele de explorare a dinamicii parametrilor clinico-instrumentali, a eficienței tratamentelor specifice la diferite etape de asistență complexă.

Astfel s-a fixat că deja după 2–4 luni de terapie radicală, radio- și chimioterapie la majoritatea bolnavilor sunt amendate semnele majore ale afectului canceros, fiind eradicată tumoarea primitivă, se atenuează semnele toxice. În timp de 3–5 luni organismul celor agresați neoplazic se adaptează la adversitățile tratamentelor complexe următoare, iar în cursul celor 4–6 luni ce urmează se încheie curele principale de radio- și polichimioterapie.

Curele de tratament adjuvant sunt acceptate de bolnavi fie la nivelul staționarelor de zi ale policlinicii oncologice, fie la locul de trai. Menționăm că în același interval (de < 6 luni) bolnavii beneficiau și de câteva cure de recuperare în condițiile Centrului de Diagnostic, Reabilitare și Expertiză Medicală.

Investigațiile efectuate au demonstrat că indicele de incapacitate temporară de muncă se poate considera drept un criteriu ce reflectă calitatea măsurilor curativ-recuperatorii. Uzitarea lui în practica serviciilor clinice permite nu doar intervenția promptă cu noi corective terapice și cu indicații de asistență socială pentru intervalul programat, dar și angajarea activă în procesul global de recuperare a bolnavului ca personalitate în aspect fizic și spiritual.

În cadrul funcțional al Centrului de Diagnostic, Reabilitare și Expertiză Medicală am elaborat Modelul conceptual de perfecționare a Expertizei capacității de muncă (ECM) la bolnavii oncologici, prevederile de suport ale căruia stipulând următoarele:

1. Intensificarea activităților coordonate ale specialiștilor de diferite profesii în scopul unui diagnostic oportun și a unor tratamente anticanceroase cât mai eficiente, iar pentru dirijarea procesului reabilitațional să se antreneze cadre instruite special, care să funcționeze și în cadrul unor centre de diagnostic, recuperare și expertiză medicală ce urmează a fi inaugurate la nivelul noilor subdiviziuni administrative-teritoriale – în cele 10 județe.

2. Utilizarea sistemului computerizat de dirijare automată a procesului de reabilitare și includerea băncii de informații acumulate în “Cancer Registrul Național al Republicii Moldova” și “Cancer Registrul de Calitate a Vieții în Europa”.

3. Perfecționarea asistenței de recuperare medicală prin detalizarea maximă a examenelor prestate la nivelul centrului specializat conform algoritmului elaborat de noi și operând cu teste de screening citologic, termografic și instrumental în precizarea diagnostică, determinarea prognosticului clinico-social; prin diversificarea măsurilor de recuperare precoce, ordonarea unor principii mai adecvate de evaluare a incapacității temporare de muncă până la finalizarea activităților curative și recuperatorii. Atitudinea diferențiată față de

statutul de sănătate al bolnavului oncologic ce consideră specificul lui clinico-funcțional.

4. Perfecționarea tacticii de expertiză medicală a potențialului funcțional al bolnavilor agresați neoplazic, insistând pentru recuperarea cât mai plenară a acestora înainte de a se proceda la evaluarea gradului de disabilitare funcțională, indicarea unor programe prelungite de recuperare complexă, inclusiv aranjamente pentru reamplasarea în muncă conform restricțiilor impuse de starea sănătății, punerea în aplicare a rezultatelor de evaluare a riscurilor de invalidizare în cazul fiecărui bolnav.

5. Reîncadrarea în câmpul muncii să fie piatra de temelie a procesului de reabilitare medico-socială și de perpetuare a stereotipului de muncă (revenirea precoce la muncă pentru a considera potențialul de abilități profesionale): în legătură cu aceasta un moment important ar putea deveni amplasarea în muncă a bolnavilor canceroși încă până la trimiterea pentru examenul de ECM. Ordonarea unui anturaj de muncă, care să excludă apariția complicațiilor psihosomatice sau somatofuncționale, precum și un microclimat agreabil, sunt premise de primă valoare pentru ameliorarea și eficientizarea măsurilor de prevenție a invalidizărilor prin boala neoplazică în țara noastră. În acest context se poate apela la prevederile unui document oficial ce reglementează aspectele sociale și juridice ale acestor probleme – “Clasificatorul Ocupațiilor din Republica Moldova”, pe care am mizat în reordonarea cadrului de preocupări ale Comisiei de expertiză medicală a vitalității pentru bolnavii oncologici, în colaborare cu Departamentul Utilizării Forțelor de Muncă din Republica Moldova”.

Noua formulă algoritmică, ordonată de noi pentru evaluarea gradului de disabilitare funcțională a bolnavilor oncologici, reflectă întreg complexul de acțiuni explorative, diagnostice, recuperatorii și de expertiză funcțională, facilitând efectiv elaborarea principiilor de management (organizatoric, medical și social) în expertizarea validității funcționale a bolnavilor oncologici, care să presupună, în primul rând ameliorarea diagnosticului timpuriu al neoplasmelor maligne, reabilitarea plenară a bolnavilor agresați prin aceste maladii și profilaxia adversităților invalidante (Organigrama 1).

Cea de a doua alternativă a incapacității de muncă este pierderea durabilă sau definitivă a potențialului de muncă, adică invaliditatea. Prin invaliditate se denumește “starea organismului care se caracterizează de pierderea durabilă sau definitivă a capacității de muncă sau a diminuării ei importante”. Invaliditatea este o noțiune cu multiple valențe biologice, sociale și juridice, care implică un anumit cadru de normative clinico-fiziologice, sociale și legislative, care în măsură cunoscută reglează obligațiunile societății și ale statului față de persoanele cu diferite infirmități [Арбатская Ю.Д., 1981].

Starea de fapt a nivelului de invaliditate oncologică în Republica Moldova și nu numai este definită de integritatea diagnosticului timpuriu, eficiența curativă și plenitudinea recuperării postagresionale, reflectând forma socială de guvernare din țară.

Statisticele atestă că indicatorii de invaliditate primară prin afecțiuni canceroase se situează pe locul II după afecțiunile cardiovasculare, ceea ce denotă seriozitatea problemei ce necesită acțiuni organizatorice neamânate.

Sistemul de evaluare a incapacității temporare sau definitive de muncă, care funcționează curent în Republica Moldova, este unic pentru toate categoriile de bolnavi, fără să prevadă specificități pentru bolnavii oncologici, ceea ce se pare o lacună gravă pentru că nu se consideră esența tulburărilor fiziopatologice și psihoemoționale foarte speciale ale acestora. Analiza statutului invalidității oncologice din intervalul 1994–1998 a scos în evidență o crudă realitate, care fiind neglijată poate deteriora indicii demografici din spațiul Republicii Moldova.

Meditând asupra datelor incluse de tabelul 16, conchidem că în ultimii 5 ani s-au produs unele modificări în starea invalidității oncologice primare printre locuitorii țării noastre. Astfel, dacă parametrele invalidității generale primare persistă la cifre aproape similare an de an, fiind în ușoară scădere de la 223,5 în 1996 până la 214,1 în 1998, atunci indiciile invalidității oncologice primare printre persoanele angajate în câmpul muncii se diminuează continuu atingând nivelul de 10,8 în 1998, după ce în 1994 se fixase indicele de 16,9. Parametrele aceluiași indicator în populația generală (exceptând copiii), adică ale invalidității primare prin boala neoplazică sunt în ascensiune neîntreruptă, ajungând la 64,8 în 1998 în comparație cu nivelul de 40,2, înregistrat în 1994 (fig.3).

Tabel 16

**Indicatorii globali ai invalidizării prin afecte neoplazice
a populației Republicii Moldova**

Anii	Invaliditatea oncologică primară printre populația aptă de muncă	Invaliditatea oncologică primară în populația generală (excepând copiii <15 ani)	Invaliditatea primară generală în populația aptă de muncă (RM)
1994	16,9	40,2	212,0
1995	16,4	42,7	226,9
1996	15,9	46,1	223,5
1997	11,5	51,3	203,8
1998	10,8	64,8	214,1

Spre deosebire de alte țări dezvoltate, în Republica Moldova invaliditatea se stabilește după un sistem imperfect, disabilitățile funcționale fiind calificate în 3 grupuri.

Sistemul curent de evaluare a invalidității cancerșilor operează repartitia pacienților în 3 nivele graduale:

- I. Incapacitate parțială de exercițiu funcțional, dar poate executa unele atribuții din vechea profesiune;
- II. Incapabil de muncă, dar se autodeservește;
- III. Inapt de muncă și necesită asistența permanentă a altei persoane.

Noi considerăm că un asemenea abord pentru bolnavii oncologici este lipsit de argumentul științific de suport, în primul rând pentru că nu consideră statutul medical, social și profesional al bolnavului agresat de acest grav flagel. Sunt astfel neglijate o serie de dispoziții ca orientarea lor spre muncă, profesiografică și disponibilitatea socio-habituală. Rezervele profesiografice și activitatea socială ale bolnavilor expertizați rămân în majoritatea cazurilor neabordate, iar prin enunțul de invaliditate aceștia sunt lăsați pentru un an sau un termen necunoscut să se confrunte cu frământările ce-i obsedează, cu problemele lor de ordin medical și socio-habitual. Nu sunt rare cazurile când asemenea pacienți refuză se urmeze curele de reabilitare, asistența psihoterapică, reincluderea în activități sociale și profesionale.

Deci starea de invaliditate este un fenomen complex, definit atât de factori medicali, cât și de sociali. Astfel că nu este suficient a preciza exclusiv cauzele generatoare de incapacitate funcțională, devine necesară precizarea corelației acesteia cu vârsta, sexul, sediul afectului

inițial, gradul de expresiune a procesului, dependența gradului de pierdere a capacității de muncă, de profesiune, condițiile de muncă, de termenele de invaliditate, de posibilitatea de ameliorare a condițiilor sociale pentru cei anunțați ca fiind inapți de muncă (amplasarea în muncă, instruirea și reinstruirea, indemnizația socială ș.a.), desemnarea cadrului de participare la munci social-utile. Dar la etapa contemporană se impun important cheltuielile economice suscitade de asistența socială și cea medicală, ca de altfel și pierderile economice definite de boala neoplazică și invaliditățile definite de aceasta.

Examenul invalidității ca fenomen social diferențiază două grupuri: persoanele recunoscute primar ca fiind invalide pe parcursul anului (invaliditate primară) și înregistrate la oficiile asistenței sociale indiferent de termenele recunoașterii statutului de invaliditate (invaliditate generală).

Analizând materialele disponibile a anului 1997 am dedus că grupul I de invaliditate s-a constatat la 48,3%, II – la 51,4%, iar grupul III – la 0,3% din bolnavii cu neoplasme maligne. O asemenea distribuție s-a datorat gravității și gradului de expansiune a procesului neoplazic, adversităților prognostice, precum și poziției sociale a bolnavilor.

Printre femei este mult mai frecvent decât printre bărbați fenomenul de invalidare primară ($60,7 \pm 1,8\%$ contra $39,3 \pm 1,7\%$, $p < 0,001$). Aceasta s-ar datora, în primul rând, sediului tumoral, vârstei, poate și altor caracteristici ale procesului malign, dar și eficienței tratamentelor radicale, condițiilor solicitate de munca prestată anterior.

În baza propriilor observații, poziția socială a bolnavilor până la cancerizare, caracterele muncilor executate de aceștia (nivelul de calificare), domeniul de activitate economică și condițiile de producere au legătură directă cu enunțul de invaliditate primară. Astfel, conform datelor fixate în 1997, printre funcționari ponderea bolnavilor oncologici, recunoscuți primar ca fiind invalizi, a constituit $21,4 \pm 2\%$, printre muncitori aceștia au constituit $14,1 \pm 1,7\%$, printre angajații în agricultură – $12,7 \pm 2,7\%$, iar printre neangajați – $46,1 \pm 3,5\%$. Printre intelectuali au fost recunoscuți ca inapți de muncă $12,4 \pm 2,7\%$, printre angajații serviciilor tehnico-ingineresti – $17,9 \pm 2,4\%$, în schimb dintre persoanele ce îndeplinesc munci manuale calificate au fost declarate incapabile de muncă $25,4 \pm 2,2\%$, între muncitorii necalificați procentul

de invalidizare s-a declarat și mai mare – $31,3 \pm 2,1\%$ din cazurile examinate. Totalizând, constatăm că au fost declarate inapte funcțional $17,9 \pm 2,8\%$ din persoanele care antemalativ erau angajați ai sferei neproductive, $13,2 \pm 1,7\%$ – în industrie. $24,4 \pm 2,3\%$ sunt lucrători în domeniul agricole. Diferențele considerabile pentru recunoașterea statutului de invaliditate primară sunt și de semnificație statistică, fiind condiționate în primul rând de nivelul asistenței oncologice, apoi și de specificul și șansele de reamplasare rațională în câmpul muncii a bolnavilor oncologici în condițiile actuale.

Cercetând relaționarea incidenței invalidizării primare cu metoda și oportunitatea depistării procesului malign, am dedus că printre persoanele depistate activ în cadrul examenelor profilactice, invalidizarea definitivă s-a produs și documentat la $19,8 \pm 1,4\%$, de vreme ce printre canceroșii recunoscuți în cadrul consultului ordinar – la $51,6 \pm 1,9\%$, adică o superioritate aproape triplă ($p < 0,001$). Adică dacă afectul oncologic este depistat în timp util, invaliditatea primară survine doar în proporție de $18,4 \pm 1,4\%$ din cazuri, în cazurile cu diagnostic temporizat – la $33,9 \pm 2,3\%$ din cei agresați, pentru maladiile recunoscute la stadiu avansat procentul este de $47,3 \pm 2,5\%$ de invalidizări definitive. Cele deduse invocă necesitatea și valoarea incontestabilă a unor activități de prevenție, inclusiv prin recunoașterea timpurie a procesului neoplazic, a invalidizării persoanelor afectate de boala canceroasă.

În acest sens s-a urmărit de asemeni diferite grade de corelație între incidența de invalidizare primară și sediul tumorii, forma clinică, vârsta, stadiul maladiei, extincția procesului neoplazic, tendințele metastatice și structura histologică a neoplasmului, radicalitatea și complexitatea tratamentelor aplicate.

Conform statisticii reflectate prin tabelul 17 în structura invalidizării oncologice primare prevalează 5 sedii tumorale mai incidente, cărora le-ar reveni $56,2\%$, ponderea tuturor celorlalte sedii canceroase este de $43,8\%$. Structura de vârstă a bolnavilor cu sediile tumorale mai incidente denotă prevalența persoanelor de peste 44 ani, care constituie $68,0\%$ din totalul acestora. Ponderea grupului I de invaliditate printre bolnavii cu sedii tumorale mai incidente este de $55,8\%$, grupul II constituie $43,5\%$ și doar $0,8\%$ revin persoanelor cu grupul III de invaliditate.

Tabel 17

**Repartiția bolnavilor oncologici cu invaliditate primară
în funcție de sediul procesului, vârstă și grupul
de invaliditate enunțat**

Sediul tumoral	Total bolnavi		Inclusiv după vârstă, %			Grupul de invaliditate		
	abs.	%	<29 ani	30-44 ani	>44 ani	I	II	III
Cancere gastrice	89	6,5	4 – 4,5	27 – 30,3	58 – 65,2	68 – 76,4	21 – 23,6	–
Cancere pulmonare	139	10,2	2 – 1,4	17 – 12,3	120 – 86,3	115 – 82,7	24 – 17,3	–
Cancere mamare	281	20,7	4 – 1,4	104 – 37,0	173 – 61,6	104 – 37,1	174 – 61,9	3 – 1,1
Cancere colouterine	110	8,1	7 – 6,4	55 – 19,6	48 – 43,6	36 – 32,7	71 – 64,5	3 – 2,8
Neoplasme maligne ale intestinului gros	145	10,7	0 – –	24 – 16,6	121 – 83,4	103 – 71,1	42 – 28,9	–
Total	764	56,2	17 – 2,2	227 – 29,7	520 – 68,0	426 – 55,8	332 – 43,5	6 – 0,8

Capacitatea de muncă este factorul decisiv pentru reangajarea rațională, aceasta la rândul-i fiind uneori și de maximă valoare pentru recuperarea socio-profesională. La analiza datelor obținute ne-a interesat în primul rând predispunerea spre muncă și revenirea bolnavilor în sfera de activitate socio-profesională, apoi plasarea în câmpul de muncă, redresarea abilităților profesionale și în final angajarea de muncă în termene îndepărtate.

Reîncadrarea bolnavilor în activitatea de muncă se poate considera pentru cazurile urmărite un moment pozitiv, deoarece aceasta stipulează în primul rând prevenirea invalidității, ceea ce trebuie să coincidă cu recuperarea capacității generale de muncă.

Din investigațiile pe teren s-a dedus că prin măsurile curativ-profilactice complexe și adecvate un mare număr de bolnavi oncologici deja după câteva luni de îngrijiri active revin în sfera de activitate socialmente utilă. La concret: după 4 luni s-au reîntors la muncă $8,3 \pm 0,8\%$ din bolnavi, încă $31,2 \pm 1,4\%$ s-au reangajat după 5–6 luni de la inițierea tratamentelor specifice și recuperatorii, $21,4 \pm 1,3\%$ – în termene mai moderate. Astfel, după ce au beneficiat de tratamente complexe și combinate, în diferite termene, au revenit la activitate social utilă $60,8 \pm 1,2\%$ din bolnavii avuți în observație.

Reconfortarea pluridimensională a bolnavilor oncologici presupune o serie largă de activități curative, socio-igienice, organizatorice, pedagogice și, desigur, efortul conjugat al medicului curant, asistentului social, vor concura și o serie de asociații și organisme sociale, căci doar aplicate complex aceste măsuri pot defini rezultate palpabile.

În realitate, însă, activitățile despre care vorbim, se dezvoltă fără a urma consecutivitatea necesară efectului de ansamblu, în plus inițiativele reformatoare sunt cel mai des blocate datorită dificultăților definite de etapa de tranziție pe care o traversează societatea noastră, de aceea rezultatele finale ale acestora nu reflectă starea reală de lucruri. De exemplu, s-au reangajat în vechea specialitate doar $43,5 \pm 1,8\%$ din lotul cercetat, restul au procedat la diferite alte modalități individuale de reinsertie socioprofesională. Au prevalat tendințele de menținere în cadrul profesiei intercurative, dar cu transfer spre condiții funcționale mai puțin solicitante. Ultima condiție de reîncadrare socială, după cum am dedus apoi, a permis extinderea considerabilă a cadrului funcțional disponibil prin care bolnavii au reușit să-și păstreze abilitățile de înaltă calificare.

La reangajarea bolnavilor în cadrul profesiunilor antecurative concură numeroși factori. De exemplu, femeile se reînsărau în profesie ceva mai frecvent decât bărbații ($63,2 \pm 2,4\%$ și, respectiv, $57,2 \pm 1,8\%$); locuitorii rurali se reîncadrau profesional în $68,7 \pm 2,8\%$ din cazuri, iar persoanele provenite din mediul urban – în $69,4 \pm 1,8\%$. Printre funcționari s-au înregistrat $84,9 \pm 2,3\%$ de persoane ce au revenit la vechea specialitate, între muncitori au fost $65,4 \pm 2,7\%$ de reînserați profesional, lucrătorii agricoli au revenit la vechile preocupări doar în proporție de $32,4 \pm 2,3\%$.

Și indicațiile pentru angajare în muncă s-au corelat cu termenul de elucidare a procesului malign și evident, cu proliferarea acestuia spre alte sisteme organice. Atunci când afectul canceros fusese depistat în timp oportun, de reamplasare în câmpul muncii au avut nevoie $22,5 \pm 2,7\%$, persoanele cu procese depistate tardiv și deci în variante avansate au avut nevoie de asistența oficiului forțelor de muncă în proporție de $42,4 \pm 2,3\%$. Ponderea cea mai mare de disponibilizați s-a înregistrat printre executorii de munci necalificate, prevalent munci

fizice grele ($44,5 \pm 2,1\%$), secundați de asistenții necalificați ai mașinilor unelte ($39,1 \pm 2,8\%$) și cel mai impunător procent a fost prezentat de lucrătorii agricoli ($57,2 \pm 3,1\%$). Aceste momente au relevat necesitatea stringentă de reinstruire profesională, de care au avut mai des nevoie femeile ($19,2\%$) și bolnavii de vârstă 18–29 ani ($14,3\%$). Diferențele deduse s-au dovedit statistic autentice.

Considerând diversitatea factorilor cauzali, s-a definit pentru soluționarea lor și diferite forme de reamplasare în muncă. Mai des s-a procedat la reamplasarea individuală, prin transferul celor reconfortați fizic la alte munci, modificarea condițiilor de muncă, prin decomplexarea tehnologică a procesului executat sau prin reordonarea locului de muncă.

Unele particularități s-au fixat și pentru termenele de revenire la muncă de asemeni relaționate cu oportunitatea diagnosticului canceros. Astfel persoanele depistate activ au revenit ($57,2 \pm 2,3\%$) la serviciu mai devreme decât persoanele depistate în timpul consultațiilor solicitate ($38,3 \pm 1,7\%$). Pacienții cu procese depistate oportun au revenit în câmpul muncii mult mai frecvent ($68,2 \pm 1,9\%$) comparativ cu cei recunoscuți în procese avansate de boală neoplazică și anume $49,3 \pm 2,7\%$ ($p < 0,001$).

Materialele obținute relevă faptul că programele ordonate și perseverate de activități medico-sociale ce vizează restabilirea potențialului funcțional determină redresarea acestuia în termene mult mai rapide decât se aștepta și se prognoza. La diferite etape de observație au revenit în câmpul muncii $60,9 \pm 1,2\%$ din bolnavi. Un procent mult mai redus din aceștia și-au refăcut integral capacitatea de muncă, de multe ori ei având prezente diferite contraindicații, care necesită revederea esențială sau modificări parțiale ale condițiilor de producere, dar și ale celor socio-habituale. Drept urmare, un număr considerabil de cancerosi au fost siliți să se angajeze în alte funcții la aceleași instituții, necesitând modificări de volum și în condițiile de muncă, prescurtarea zilei de muncă, eliberarea de schimburile nocturne, deplasările de lungă durată etc. Anume prin aceste restricții de limitare a solicitării fizice și intelectuale $39,7\%$ din bolnavii supravegheați de noi au solicitat revederi de raționalizare a programului funcțional, iar $17,2\%$ necesită reinstruire profesională.

Conchidem univoc că invaliditatea primară a bolnavilor agresati de neoplasme maligne are un determinism plurifactorial și, astfel, este evident că enunțul diagnostic nu este singurul suport pentru evaluarea gradului de dizabilitare funcțională. Doar prin investigarea complexă a caracteristicilor clinice, patomorfologice, funcționale, precum și a factorilor de ordin sociohabitual, de producție, profesioniști poate reuși elaborarea unui diagnostic clinic și profesiografic plenar și deci emiterea unui enunț de expertiză exactă.

5.2. VALENȚA MEDICO-SOCIALĂ ȘI SUPORTUL ȘTIINȚIFIC AL CRITERIILOR DE DETERMINARE A INDISPONIBILITĂȚII PROFESIOGRAFICE

Progresele remarcabile ale tratamentelor radicale aplicate cancerelor de diferite genuri au sugerat și impus revederea principiilor de expertiză, dar și elaborarea unei noi tactici de evaluare a capacității de muncă la diferite etape de supraveghere dispensarizată. În particular, apare necesitatea de prelungire a termenelor de întreținere pe certificate de boală prin decizia Comisiei medicale consultative (CMC) până la 6 luni, cu scopul de a finaliza cura principală și cea auxiliară de tratament recuperatoriu și a programa reinsertia bolnavului în câmpul muncii. Pentru bolnavii cu grad de invaliditate primară sau cu diferite procente de dizabilitare funcțională prin agresiunea procesului canceros se vor programa examene de reexpertizare după fiecare 6 luni și nu o dată în an, precum se prevedea anterior.

Meditând asupra complexului de parametre examinate pe parcursul investigației curente, s-a dedus cu certitudine că sunt imperioase o serie de schimbări în sistemul de expertiză funcțională în oncologie. În plan mondial s-au elaborat unele programe ce evaluează potențialul funcțional restant prin intermediul criteriilor și testelor ce permit determinarea procentului de reducere a capacităților profesiografice, care ajută bolnavul să se reintegreze profesional.

În republica noastră, asemeni altor țări limitrofe, inclusiv Rusia, Ucraina, ș.a. acest procedeu se utilizează doar în cazul examenelor ce

estimează gradul dizabilităților profesionale prin infirmități fizice, momentul esențial fiind determinarea exactă a disponibilității profesionale.

Pierderea capacității generale de muncă se calculează în procente, reieșind din expresia dereglărilor funcționale din organul sau sistemul afectat. Dar acest examen consideră numai 3 grade de disfuncționări:

Gradul I – dereglaje ușor exprimate (între 10–40%);

Gradul II – tulburări funcționale moderate (40–70% din volumul precedent);

Gradul III – disfuncționări grave sau totale (între 70 și 100%).

La determinarea capacităților profesionale se atestă disponibilitatea funcțională a pacientului de a munci în specialitatea sa după boala suportată sau cel puțin într-o specialitate ce echivalează calificațional.

Asemenea criterii nu se potrivesc, însă, și pentru bolnavii oncologici, sistemul curent de expertiză a capacității de muncă fiind inadecvat pentru evaluarea complexă a destabilimentelor de ordin clinic, funcțional, psihologic și social ce confruntă această categorie de bolnavi.

Pe de altă parte, această practică este limitată în Republica Moldova, unde au fost reduse sau dezintegrate numeroase instituții, organizații, colective, întreprinderi și chiar locuri de muncă.

Deaceia s-au elaborat unele criterii apreciative, iar cu suportul unor elaborări matematice computerizate s-a modelat algoritmul unui concept inedit științific argumentat de evaluare a gradului de pierdere a capacității de muncă a bolnavilor cu neoformațiuni maligne de cele mai incidente localizări, dizabilitările fiind exprimate în procente. Formulând principiile de expertiză a capacității de muncă și algoritmul profesiografic s-a considerat următoarele:

1. Profesiunea celui expertizat;
2. Apartenența de sex;
3. Sediul procesului malign (în conformitate cu clasamentul emis de O.M.S.);
4. Stadiul evolutiv;
5. Grupul clinic;
6. Structura histologică a tumorii;
7. Volumul de tratamente specifice (radical, paliativ);
8. Oportunitatea diagnosticului canceros;

9. Gradul disfuncționărilor organosistemice generate de agresiunea neoplazică;
10. Prezența și expresia sindroamelor postradiale.
11. Pregnanța modificărilor funcționale secundare tratamentelor radicale și persistențe postrecuperator;
12. Nivelul activității socio-habituale conform “Activities of Daily Living”;
13. Nivelul Statutului Global de Sănătate și Calitate a Vieții (estimație conform EORTC QLQ-C30).

Considerând criteriile formulate, datele clinico-instrumentale, examenele complexe și analiza acestora în timpul expertizării s-a făcut posibilă determinarea gradului de reducere a potențialului funcțional pentru bolnavul oncologic referit la grupul III clinic, iar prin calcule matematice să transpunem în procente gradul de alterare a capacităților de muncă, ceea ce ar corespunde cu:

Reducerea capacității de muncă de grad moderat – ar corespunde volumului procentual de 25–50% (25%, 30%, 35%, 40%, 45%, 50%).

1. Diminuarea potențialului funcțional de grad mediu – corespunde cu 50–75% (50%, 55%, 60%, 65%, 70%, 75%).
2. Pierderea unui mare volum de abilități funcționale – grad pronunțat – corespunde cu 75–100% (75%, 80%, 85%, 90%, 95%, 100%).

Atunci când devine necesară evaluarea reducerii câtorva caracteristici funcționale procentele deduse se sumează și se determină gradul sumar de indisponibilitate funcțională după formula:

$$A + \frac{B(100 - A)}{100} = x\%,$$

unde:

- A* – semnifică reducerea potențialului funcțional prin agresiunea maladiei de fond;
- B* – gradul de alterare a capacităților funcționale prin asociațiile morbide.

Criteriile de evaluare a incapacității profesionale a bolnavilor cu neoplasme maligne gastrice în raport procentual

În structura morbidității cancerose din Republica Moldova tumorile gastrice dețin un loc de seamă, anual înregistrându-se 11,8 cazuri noi la 100 000 populație (1998).

Indicele invalidităților primare printre bolnavii cu asemenea afecțe constituie circa 6,5%, dintre aceștia 76,4 la sută sunt invalizi de grupul I, iar 23,6 la sută – au grupul II de invaliditate.

Atitudinea și modalitatea de abord în definirea capacităților funcționale restante și a nivelului de activitate profesională a bolnavilor care au suportat intervenții radicale sau paliative pentru cancer gastric va fi științific argumentată și strict individualizată pentru fiecare caz examinat.

La grupul de indicii ce reflectă dereglajele funcționale esențiale și pierderea capacităților funcționale de grad moderat (25–50%) referim:

1. Prezența semnelor și disfuncțiilor de expresie moderată, secundare tratamentelor de eradicare a cancerului gastric de stadiul I–II, dar care nu dificultează executarea exercițiului fizic și a altor genuri profesionale.
2. Simptomele de caracter sistemic (starea generală, somnul, astenia, anemia, dereglările de scaun ș.a.) sunt slab pronunțate.
3. Regresiunea procesului de bază definită de tratamentele specifice în formulă complexă, precum și lipsa semnelor de recidivă a neoplasmului gastric.
4. Deficitul ponderal se încadrează în parametrele admise (indicele Brock, în modificarea lui Broughe).
5. Diminuarea neînsemnată a activității socio-habituale și celei cotidiene (conform ADL).
6. Diminuarea indicelui de adaptare socio-profesională (ASP) este unul de grad minim.
7. Statutul Global de sănătate și Calitate a vieții se conformă unui nivel medio-favorabil (60–70%).

În primele luni după tratamentele de formulă radicală bolnavilor li se contraindică muncile fizice solicitante. La muncile ce nu presupun

solicitări fizice, inclusiv toate genurile de activitate administrativă, de evidență contabilă și preocupări intelectuale bolnavii aceștia se pot întoarce după 4–6 luni de tratamente de fond și adjuvante. În sfera de producere asemenea bolnavi au nevoie de un regim sanitaro-igienic respectiv, inclusiv pauze suplimentare, regim dietetic și eliberarea de eforturi suplimentare. Atunci când se produc complicații funcționale definite de adversitățile curelor radicale devin necesare îngrijirile de recuperare specifică.

La grupul principal de disfuncții ce au definit incapacități profesionale de grad mediu (50–75%) referim următoarele semnalmente:

1. Prezența complexului simptomatic, definit de tulburările funcționale și anatomice, survenite în urma tratamentelor de eradicare a cancerului gastric de stadiul clinic II–III (rezechție gastrică subtotală + rezechția sau extirparea altui organ) și care contraindică executarea de munci fizice necalificate, bolnavul putând munci în alte profesii.
2. Prezența *Dumping-syndrom*-ului sau cel al ansei aferente de stadiul I–II, combinat cu semne generale (slăbiciune, anemie, dereglări somnice, grețuri, dispepsie) de expresie medie.
3. Stabilizarea procesului malign de fond în urma tratamentelor paliative, dar cu prognostic clinic relativ favorabil.
4. Tratamentele specifice complexe dirijează cumva regresivitatea tumorii maligne de bază, în unele cazuri efectul curelor terapeutice lipsește.
5. Deficit ponderal moderat, uneori evident.
6. Diminuarea importantă a unor activități socio-habituale și cotidiene (ADL).
7. Intensitatea sindromului algic se înscrie în limite moderate sau de parametre medii (conform MPQ și a altor anchete și teste).
8. Se atestă diminuarea de grad mediu a indicelui de ASP.
9. Parametrele Statutului global de sănătate și Calitate a vieții se conformă unui nivel moderat favorabil (50–60%).

Această categorie de bolnavi oncologici, după ce au beneficiat de tratamente specifice complexe, în condiția unei orientări adecvate de muncă, se pot antrena în activități de profesii calificate și intelectuale, precum și într-o serie de munci mai puțin calificate, dar în condiții mai speciale.

Am referit la categoria de disfuncționări și pierderi ale capacităților profesionale de grad maxim (75–100%) următoarele parametre prezentate de bolnavii cu tumori gastrice:

1. Prezența unor disfuncții severe sau complicații secundare tratamentelor radicale sau paliative, care necesită supraveghere dinamică.
2. Sindroamele postrezechționale și semnele generate de afect canceros sunt de expresie pregnantă, iar tratamentele specifice controlează slab procesul de fond.
3. Prognosticul clinic și funcțional este convențional, boala având tendința de recidivă sau metastazare, fără confirmare instrumentală (clinică).
4. Deficit ponderal pronunțat.
5. Intensitatea sindromului dureros de expresie medie sau considerabilă, dar se jugulează suficient de efectiv prin tratamente complexe (fără analgezice narcotice sau nenarcotice).
6. Diminuarea importantă a activității sociohabituale și cotidiene.
7. Indicele de adaptare socioprofesională al acestor bolnavi atestă un declin de expresie moderată.
8. Nivel defavorabil al Statutului global de sănătate și Calitate a Vieții.

Bolnavii oncologici care au urmat tratamente speciale complexe pentru tumori gastrice și prezentând grave disabilitări funcționale sunt în temei indisponibili cadrului profesional, doar în cazuri aparte unii din ei pot executa anumite munci statice (evidență contabilă, de personal, statistică) sau pot funcționa la domiciliu cu avizul administrației, patronului sau altor responsabili.

Criterii de estimare a gradului de deteriorare a capacităților profesiografice în procente la bolnavii cu neoplasme maligne pulmonare

În structura morbidității oncologice cancerul pulmonar se situează sigur pe treapta superioară de înțâetate, deținută în cursul ultimilor 8–10 ani. Incidența maladiei s-a înregistrat a fi de 19,1 cazuri noi la 100 000 în 1998. Cu toate acestea, invaliditatea primară printre bolnavii cu tumori pulmonare constituie doar 10,6%, proporția celor cu I grupă de invaliditate constituind 82,7±2,1%, a celor cu grupul II –

17,3±1,7%. Evident, că și în cazul acestor pacienți, adică cu afecte oncopulmonare, indicele este direct dependent de oportunitatea diagnosticului, eficiența tratamentelor specifice complexe, indicele de agresabilitate, de eficiența asistenței profilactice în ansamblu.

Expertiza medicală a bolnavilor cu neoplasme pulmonare necesită revizuire și la capitolul argumentării științifice a concluziilor emise pentru statutul profesiografic al celor examinați. Pentru această categorie de bolnavi sunt caracteristice o serie de modificări specifice și disfuncționări, decisive pentru expertiza disponibilității de muncă, cum ar fi tipul dispneic, capacitatea ventilatorie, insuficiența respiratorie, activitatea cotidiană.

La semnalmentele criteriale pentru disfuncționările și pierderea capacității de muncă de *grad moderat* (25–50%) raportăm:

1. Tulburări funcționale și simptomocomplexul definit de tratamentul radical, specific și combinat al unui cancer de stadiul I–II (mai des o lobectomie sau bilobectomie), dar fără complicații. Poate exercita munci ce nu-l solicită fizic și nu presupune nocivități.
2. Structura histologică ce se conformă cancerelor înalt diferențiate, ce răspund pozitiv la terapia specifică.
3. Dispnee neprelungită, preponderent de efort, corespunde gradului I–II.
4. Perturbaje ventilatorii de grad minim (în limitele 70–85%).
5. Diminuarea neimportantă a activității cotidiene.
6. Insuficiență respiratorie de grad minim ($DS = 1,64 - 2,64$) conform “Deviad Standard”.
7. Dezadaptare socioprofesională de grad *moderat*.
8. Statutul Global de sănătate și Calitate a vieții sunt de parametre medio-favorabile (60–70%).

Pacienții cu limitări funcționale și profesiografice de 25–50% pot executa activități și ocupațiuni ce nu-i suprasolicită fizic și exclud expunerea la adversități climatice (microclimatice). Adică ei pot profesa în domenii ce nu-i solicită fizic permanent și intens. Pot profesa în continuare muncitorii de calificare înaltă, administratorii ș.a., dacă anturajul de muncă se conformă normelor igieno-sanitare, iar ei vor respecta pauzele regulamentare.

La grupul dereglărilor funcționale ce atestă indisponibilitatea profesiografică de *grad mediu* (50–75%) am referit:

1. Perturbajele funcționale generate de maladia cauzală și complicațiile postoperatorii prin cancer pulmonar de st. I–II, prevalent după pneumonectomii sau prin cancer de st. III după curele de iradiere sau chimioterapie.
2. Tumora este histologic diferențiată, dar prognosticul clinic este relativ incert.
3. Dispnee scurtă, accentuată la efort fizic, trece fără medicație specială și se conformă gradului I–II de intensitate.
4. Insuficiența ventilatorie pulmonară de gravitate medie (70–85%).
5. Diminuarea de volum al unor activități socio-habituale și cotidiene.
6. Insuficiența respiratorie de grad mediu ($DS > 1,64 - 2,64$), jugulabilă prin medicație specială.
7. Dezadaptare sociohabituală de grad mediu.
8. Parametrele Statutului Global de sănătate și Calitate a Vieții sunt moderat favorabile (50–60%).

Capacitatea funcțională a bolnavilor asistați în formulă radicală pentru cancere pulmonare este limitată pe parcursul unui an postcurativ. Asemenea persoane vor evita muncile fizice grele și de nivel mediu, mai ales în încăperi, secții cu atmosferă poluată de pulberi și fum, se contraindică strict fumatul. În unele cazuri activitățile de producție se contraindică definitiv. Bolnavii cu asemenea statut clinic pot efectua activități de administrare, evidență contabilă și profesii intelectuale, dar în ambianță special modelată după recomandările medico-recuperatorii.

La categoria disfuncțiilor ce denotă indisponibilitate profesiografică de *grad maxim* (75–100%) raportăm:

1. Totalitatea disfuncționărilor generate de evoluția procesului canceros de fond după intervențiile de curăție radicală: operatorie, actinică, chimioterapie la bolnavii ce au suportat pneumonectomii, precum și bolnavii cu procese neoplazice de stadiul III–IV ce au urmat cure de radio- sau chimioterapie.
2. Structura histologică se conformă cancerelor cu grad minim de diferențiere.

3. Dispnee permanentă, care suscită uneori corecție specială, accentuată la efort fizic de intensitate medie, se conformă gradului III–IV de intensitate.
4. Tutlburări ventilatorii marcate (55–70%).
5. Diminuența considerabilă a multor activități socio-habituale cotidiene, în principal prin intensitatea dispneei, tuse, fatigabilitate.
6. Insuficiența respiratorie de valori medii (DS - > 2,64).
7. Semne asociind dezadaptări socioprofesionale de grad mediu și pronunțat, fenomen de dezadaptare rezistentă, care solicită corective suplimentare de reabilitare și reechilibrare.
8. Nivel moderat-favorabil (50–60%) și defavorabil al Statutului Global de sănătatea și Calitate a vieții.

Bolnavii care au suportat intervenții paliative, radio- și chimioterapie pentru neoplasme maligne pulmonare nu pot funcționa în condiții de producere. După prima cură complexă de eradicare a unui proces malign de stadiul III, bolnavii necesită cure suplimentare de recuperare și supraveghere dinamică și doar în cazuri aparte cu evoluție relativ favorabilă este preferabilă reantrenarea în unele activități sociale. Oricum se vor prefera unele ocupațiuni fără solicitare fizică și tensiune neuro-psihică. Sunt practicabile unele lucrări de administrare, evidență contabilă în program prescurtat și unele munci la domiciliu.

***Criteriile de evaluare în raport procentual
a reducerii capacităților profesiografice
la bolnavele cu neoplasme mamare***

Cancerelor de sân le revine un loc aparte între tumorile organelor feminine de reproducere, iar în 1998 această entitate malignă s-a situat pe primul loc în morbiditatea oncologică generală, marcând un indice de 38,6 la 100 000 populație feminină. Neoplasmele cu acest sediu sunt foarte răspândite și în majoritatea supraputerilor economice din lume, dar prin eficiența programelor de asistență medicală psihoterapeutică, profesiografică adoptate în aceste țări, majoritatea femeilor, care au suportat tratamente radicale își găsesc spațiul de aplicare a potențialului lor fizic și intelectual.

Și în structura maladiilor invalidante din țara noastră cancerle

mamare dețin întâetatea, lor revenindu-le 20,7%, inclusiv 37,1±1,9% din aceste femei sunt invalide de grupa I, 61,8±1,7% – invalide de grupul II, iar 1,1±0,7% – invalide de grupul III.

Indiferent de parametrii defavorabili prezentați la această categorie de bolnavi cancerosi, rămân neelucidate și deci nevalorificate o mulțime de rezerve psihologice, medicale și profesionale.

La grupul de parametre ce relevă reducerea potențialului de muncă de grad *moderat* (25–50%) prin cancer de sân referim:

1. Disfuncțiunile secundare tatamentelor de eradicare combinată a cancerului mamar de stadiul I–IIa, care, însă nu limitează exercițiul funcțional profesional și a diferitor genuri de muncă, exceptând muncile fizice grele și solicitante.
2. Reacțiile și incidentele postiradiante minore (dermatite, eroziuni etc.)
3. Limfostaza de gradul I–II la nivelul membrului superior recuperabilă prin asistență de recuperare medicală (circumferința umărului afectat este cu 2–3 cm mai mare decât a celui sănătos).
4. Contractura scapulo-humorală de grad minim, diminuarea amplitudinii de mișcare (abducție de 170–130°).
5. Diminuare legeră a activității socio-habituale și celei cotidiene (conform ADL).
6. Dezadaptare socio-profesională de grad minim.
7. Nivele medio-favorabile ale Statutului global de sănătate și Calitatea vieții.

La finalizarea tratamentelor speciale complexe pentru cancer mamare de stadiul I–II bolnavele se pot reinsera socio-profesional.

Bolnavele pot executa activități de administrare, evidență contabilă, statistică, servicii de programare și operațiunii computerizate, dar sunt necesare și unele facilități de orar zilnic, se va evita supraîncărcarea mâinii de pe partea operată. Se contraindică munci fizice necalificate, solicitante. În condiția conformării cât mai adecvate la regulile de recuperare medico-profesională această categorie de bolnave constituie un enorm potențial intelectual, social, științific și habitual.

La grupul de disfuncții ce anunță statutul de incapacitate profesiografică de grad mediu (50–75%) s-au raportat:

1. Dereglajele funcționale definite de volumul tratamentelor combinate de eradicare a cancerelor mamare de stadiul IIb–III, precum și unele variante de tratament paliativ pentru cancere de stadiul III, care nu împiedică executarea unui anumit volum de activități profesionale în condiții modelate special.
2. Complicații și fenomene adverse definite de radioterapie sau medicația hormonală, dar cu prognostic proliferativ și recidivant relativ favorabil.
3. Limfostază de gradul II la nivelul membrului superior cu 3–4 cm peste circumferința normală a umărului, care necesită cure prelungite de terapie recuperatorie și corecțională.
4. Contractura scapulo-humerală de grad mediu pe partea afectată (unghiul de abducție 130–90°).
5. Declin considerabil al unor activități socio-habituale și cotidiene.
6. Orientare profesiografică relativ favorabilă asociată cu un factor social destabilizant.
7. Dezadaptare socio-profesională de grad mediu.
8. Statut global de sănătate și Calitatea vieții de nivel moderat favorabil (50–60%).

În abordul bolnavelor care au suportat tratamente radicale pentru cancere de glandă mamară emiterea unei decizii vizând disponibilitatea profesională este un proces destul de complex, necesitând o analiză multiaspectuală. Reinserarea profesională reprezintă pentru aceste bolnave un moment de importanță socială, psihologică și, uneori, economică.

Dar se vor permite doar activități ce exclud solicitările fizice, există restricții și pentru toate muncile necalificate, ce suscită fizicul și psihicul femeii. Nu se vor accepta solicitările membrului superior de pe partea colaterală afectului canceros. Sunt accesibile îndeletnicirile de administrare, gospodărire, evidență contabilă, uneori activitatea pedagogică și socială.

Indicatorii ce reflectă disfuncțiunile și deteriorarea potențialului profesional de *grad pronunțat* (75–100%) ar fi următorii:

1. Dereglări și perturbaje funcționale la bolnavele cu neoformațiuni maligne de sân de stadiul IIb sau IV, pentru care au urmat tratament medical sau paliativ, cu extindere limitată a procesului

canceros și fără metastaze în alte organe și oase, confirmate clinic și instrumental.

2. Complicații postcurative, postiradiante și posthormonale, care necesită cure suplimentare de recuperare medicală, dar care nu solicită asistența permanentă a unei alte persoane.
3. Limfostaza de gradul II–III a mâinii colaterale afectului (creștere cu 4–5 cm a perimetrului humeral), care suscită corective medico-recuperatorii (cu efect relativ).
4. Contractura articulației scapulo-humerală coboară la 100–90° și se pretează tratamentelor de corecție în funcție de partea afectată (stângă, dreaptă).
5. Deprimanța socio-habituală și cotidiană pronunțată, recuperabilă parțial, prin asistență medico-psihologică și socială.
6. Orientare profesiografică selectivă, dar cu prognostic clinic relativ favorabil.
7. Dezadaptare socio-profesională de expresie medie și pronunțată, rezistentă în timp și necesitând tratamente recuperatorii suplimentare.
8. Statutul global de sănătate și Calitatea vieții se înscriu în limitele unui nivel moderat-favorabil (50–60%) sau defavorabil (<50%).

Bolnavele de cancere mamare cu indisponibilitate profesiografică pronunțată necesită un mod de abord special la capitolul reinserției sociale anume prin componența socio-psihologică a momentului, dar reintegrarea profesională va trebui considerată ca parte integrantă a recuperării medico-sociale. Paciente se pot reintegra executând un anumit volum de muncă respectând dozarea de efort, condiții speciale de exercițiu profesional (administrare, profesii intelectuale). Cu acordul administrației se pot face reduceri orare, muncă la domiciliu, bolnavele având nevoia să fie supravegheate de asistenții instituțiilor medico-sociale.

Criteriile de evaluare a procentului deteriorărilor potențialului de muncă la bolnavele cu neoplasme de col și corp uterin

Printre populația feminină a Republicii Moldova cancerul genital ocupă poziția secundă după cancerul de sân, iar în structura morbidității oncologice de ansamblu, acestora le revin 9,7%, incidența

ce concură la egalitate cu hemoblastozele și cancerul de colon. Indicele global al morbidității prin cancer de col și corp uterin constituie 12,1% la 100 000 populație feminină. Spre deosebire, însă, de alte sedii tumorale, invaliditățile definite de cancerul colului uterin sunt ceva mai reduse, ponderea acestora fiind de 8,1%, inclusiv 32,7±1,9% sunt invalidități de grupul I, 64,5±1,6 – de grupul II, iar 2,8±1,5% sunt indisponibilități funcționale de grupul III.

Printre pacientele ce au suportat tratamente combinate de eradicare a cancerelor genitale se atestă un mare procent de persoane orientate profesiografic (76,4±4,1%), deaceia în condiția unei evaluări exacte a potențialului funcțional restant și a stării de sănătate la acest contingent se poate obține un indice mult mai înalt de reinsertii profesionale.

S-au definit pentru aceste paciente un set de criterii ce reprezintă deteriorările lor profesiografice de grad moderat (25–50%):

1. Disfuncțiunile secundare tratamentelor speciale combinate sau prin radioterapie asociată în cancerul de col uterin de stadiul I–II, într-o serie de cazuri de cancer al corpului uterin de stadiul I–II, dacă acestea dificultează efectuarea diferitor genuri de muncă.
2. Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite ș.a.)
3. Sindrom postcastrațional ce se conformă gradului I (minor) de expresie (după Cuperman).
4. Deprimarea moderată a unor genuri de activitate socio-habituală și cotidiană (după ADL).
5. Ușoară diminuare a indicelui de adaptare socioprofesională.
6. Indicele Statutului global de sănătate și Calitate a vieții de valori medio-favorabile (60–70%).

Imediat ce au încheiat curele de eradicare combinată sau radioterapie asociată, pacientele denotă o înaltă disponibilitate profesiografică. Astfel, cu aprobarea organismelor medicale și a patronatului aceste femei se pot reinsera profesional, dacă aceste activități exclud solicitările fizice, noxele profesionale agresive și factorii meteorologici disconfortanți. Acestea fiind inerente profesiunii se vor stipula limitări definite de CMC.

În grupul de parametre ce sugerează diminuarea potențialului profesional de grad mediu (50–75%) au fost incluse următoarele semnalmente:

1. Deteriorări ale potențialului organofuncțional, definite de tratamentul combinat al cancerelor de stadiul I–II, care, însă, nu împiedică executarea unor genuri de activitate profesională.
2. Fenomene postiradiante moderate (rectite, cistite, eroziuni), care suscită corective medicale și observația dinamică a specialistului.
3. Simptomocomplexul postcastrațional ce nu depășește limitele unei intensități de gravitate medie (stadiul II după Cuperman).
4. Deprimanța importantă a unor activități socio-habituale și cotidiene.
5. Dezadaptare socio-profesională de grad mediu.
6. Deficit ponderal de grad mediu.
7. Nivele moderat-favorabile ale Statutului global de sănătate și Calitate a vieții (50–60%).

Disponibilitatea profesională a acestui grup de paciente se determină în baza unui complex de parametre funcționale și explorări complementare, prin care se decide volumul de reinsertie în activități de administrare, gospodărire, evidență contabilă, operațiuni intelectuale, precum și în munci calificate care exclud mersul și staționarea bipedă îndelungată, precum și deplasările extenuante. În cazuri aparte pacientele se pot reangaja în vechea profesiune, după stingerea reacțiilor actinice generale și locale.

În grupul de disfuncționări ce caracterizează degradarea pronunțată a potențialului profesiografic (75–100%) se pot include:

1. Perturbările organofuncționale generate de tratamentele combinate și cele paliative ale neoplasmelor genitale maligne de stadiul III/IV, lipsind semnele de progrediență a procesului, bolnavele autodeservindu-se complet.
2. Prezența fenomenelor postiradiante locale și generale de intensitate moderată, care necesită corective medicale prelungite.
3. Manifestările sindromului postcastrațional se conformă gradului II–III de intensitate (după Cuperman).
4. Diminuarea considerabilă a indicelui de activitate socio-habituală și cotidiană.
5. Deficit ponderal de valori medii.
6. Dezadaptare socioprofesională de grad major.

7. Indicii defavorabili (< 50%) ai Statutului global de sănătate și Calitate a vieții.

Reintegrarea socio-profesională a acestor pacienți este un moment special care necesită abordare strict individuală. Dacă se reușește ameliorarea dezechilibrelor familiale, sexuale, somato-psihologice, aceste pacienți pot prezenta anumite disponibilități profesionale.

Amplasate în condiții de muncă modelate respectiv, inserate în activități de secretariat, evidență contabilă și statistică, îndeletniciri intelectuale, aceste bolnave pot manifesta o activitate profesională moderată, iar în condițiile unui program de lucru prescurtat și ale unui anturaj salubru femeile acestea ar putea funcționa un timp îndelungat. Cu mare atenție se vor îngriji, redresa și supraveghea complicațiile actinice (dermatitele, rectitele, cistitele), precum și manifestările sindromului postcastrațional.

***Criteriile de evaluare procentuală
a deteriorărilor profesionale la bolnavii
cu neoplaștiuni maligne ale pielii***

Incidența cancerelor de piele nu cedează mult neoplasmelor de alte localizări, cum ar fi cele pulmonare, mamare și gastrice.

Astfel, conform evaluărilor statistice în 1998 s-au înregistrat 15,3 cazuri la 100 mii de populație generală. În structura morbidității prin neoplasme maligne cancerul de piele concurează doar cu neoplasmele pulmonare și cancerul mamar, înscriindu-se la cota de 9,5%.

În schimb potențialul invalidant al acestor neoplasme nu depășește 1,5%. Există însă și în raport cu acești pacienți anumite aspecte ale expertizei de invaliditate, care suscită argumentarea științifică a unui abord mai adecvat.

Am procedat și pentru aceste variante neoplazice subdivizarea celor mai sugestive criterii de disfuncționare în 3 grupuri respective gradului de deteriorare a potențialului profesional.

La categoria disfuncțiilor ce denotă incapacitate funcțională de grad moderat (25–50%) referim:

1. Disfuncționările secundare tratamentelor specifice de eradicare

a afectului neoplazic dermocutaneu de stadiul I–II evolutiv, uneori și de stadiul III, lipsa semnelor de metastazare regională fiind confirmată de examenul termografic și screeningul instrumental. Caracterul profesional executat nu definește alterări de ansamblu și nici eventuale recidive ale procesului.

2. Existența unor adversități postagresionale (contracturi, cicatrici cheloide și retractile); postiradiante (dermatite, ulcere actinice) ce dificultează executarea anumitor operațiuni de muncă.
3. Deprimanțe neimportante ale activității socio-habituale și celei cotidiene (conform ADL).
4. Se remarcă un grad minim de inadaptare socio-profesională.
5. Parametrele Statutului global de sănătate și Calitate a vieții sunt de nivel medio-favorabil (60–70%).

În general, bolnavii cu neoplasme maligne ale pielii denotă un grad înalt de disponibilitate profesională, sunt apti de muncă și după diferite perioade de incapacitate temporară de muncă (2–6 luni) ei se pot întoarce la vechea profesiune, evitând muncile ce presupun contactul tegumentelor cu produse petroliere, cărbune, acizi și radiații ionizante.

La disfuncțiile ce reflectă o degradare a capacităților profesionale de grad mediu (50–75%) raportăm:

1. Tulburările funcționale și diminuarea potențialului global al organismului datorate tratamentelor specifice combinate, radicale sau paliative pentru cancerul de piele de stadiul III cu metastaze regionale, precum și cancerul de stadiul IV cu metastaze regionale și sunt refractare la terapiile probate.
2. Existența complicațiilor postchirurgicale și postiradiante pronunțate, dar care se pretează corectivelor medicale.
3. Declinul important al unor genuri de activitate socio-habituală și cotidiană (conform ADL).
4. Dezadaptare socioprofesională de grad mediu.
5. Parametrele Statutului global de sănătate și Calitatea vieții de nivel medio-favorabil (50–60%).

Această categorie de bolnavi este cumva limitată în aspect profesional, ei putând presta plin mai des muncile de ordin intelectual. Atunci când se anunță un proces expansiv fără metastazare regională,

cercul de profesii accesibile se restrânge cumva, dar în condițiile unui anturaj modelat respectiv și ale unui pronostic evolutiv relativ favorabil, bolnavii pot profesa diferite specialități fără solicitări fizice și cu reduceri în orarul funcțional.

Au fost incluse în grupul disfuncțiilor organo-sistemice, ce specifică deteriorarea marcată a potențialului de muncă (75–100%), următoarele caractere:

1. Totalitatea disfuncțiilor organo-sistemice definite de adversitățile tratamentelor de eradicare a cancerelor primar generalizate, a focarelor metastatice secundare sau consecutive curelor de chimioterapie combinate cu radioterapie.
2. Prezența unor complicații postcurative pronunțate care suscită îngrijire îndelungată și eventual corective plastice, inclusiv grefări de tegument sănătos ș.a.
3. Diminuarea considerabilă a activităților de ordin socio-habitual și cotidian.
4. Deficit ponderal de expresie moderată.
5. Nivelul Statutului global de sănătate și Calitatea vieții se conformă aprecierilor de moderat favorabile (50–60%), doar pentru cazuri rare se deduc nivele defavorabile (< 50%).

Datorită complexității disfuncțiilor prezente și expansiunii pronunțate a procesului neoplazic, acești bolnavi sunt moderat predispuși profesiografic, adesea prin angajarea tumorii pe sectoare accesibile vizual și care limitează executarea unor genuri de muncă. Ei însă pot efectua operațiuni computerizate, servicii de secretariat, cancelarie, beneficiind de reducerea normativelor funcționale și putând presta servicii la domiciliu.

Problemele legate de profilaxia, diminuarea invalidizării prin neoplasme maligne și recuperarea profesiografică a bolnavilor cancerosi axează atenția multor organisme și structuri medicale, sociale și departamentale. Procesul de reintegrare profesională a unui bolnav ce a suportat tratamente specifice de eradicare a neoplasmului malign este destul de complex, necesitând un abord argumentat în programarea volumului de îngrijiri medico-recuperatorii sociointegrative. Pe de altă parte, creșterea numerică a invalizilor, agravarea statutului invalidant

și termenele prelungite de invalidizare a bolnavilor agresați neoplazic au impus acțiuni de revedere a criteriilor de evaluare a validității profesiografice și a invalidității definite de boala neoplazică.

Elaborate în maniera unui abord științific și sistemic, criteriile date sunt perfect adecvate pentru evaluarea clinico-funcțională și profesiografică a acestor bolnavi, pentru determinarea potențialului lor socio-habitual și profesional curent, dar și a rezervelor prognostice.

CAPITOLUL VI

EFICIENȚA ECONOMICĂ ȘI VALOAREA APLICATIVĂ A NOULUI SISTEM DE EXPERTIZĂ PROFESIOGRAFICĂ A INCAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA BOLNAVII ONCOLOGICI

Efectul economic ce rezultă din valorificarea practică a noului sistem de expertizare a indisponibilității profesiografice la bolnavii oncologici s-a calculat după formula utilizată în calculele economice, dar revăzută și adaptată de noi:

$$EE = L_{ante} - L_{post} \quad (1),$$

unde:

EE – semnifică efectul economic aplicativ al noului sistem de evaluare a incapacității profesiografice definite de boala neoplazică;

L_{ante} – prejudiciile economice definite de imperfecțiunea sistemului existent de evaluare a validității profesiografice în oncologie (până la implementarea noului sistem);

L_{post} – costurile aplicative ale noului sistem de evaluare a validității profesiografice (la bolnavii afectați de neoplasme maligne) (după implementare).

Prejudiciile economice definite de sistemul existent de evaluare a invalidității oncologice L_{ante} s-au dedus din:

← Cheltuielile pentru plățile indemnizațiilor de invaliditate.

↑ Costurile tratamentelor de staționar.

→ Pierderile prin absențele de muncă.

↓ Costurile tratamentelor sanatoriale.

⑤ Costurile tratamentelor de ambulator.

← Cheltuielile indemnizațiilor de invaliditate s-au calculat după formula (2):

$$E_i = C_i \cdot M_i \cdot N_i \quad (2),$$

unde:

E_i – costurile plăților pentru indemnizațiile de invaliditate;

C_i – mărimea indemnizației mediolunare de invaliditate a constituit:

I grup de invaliditate – 110 lei

II grup de invaliditate – 80 lei

III grup de invaliditate – 40 lei

M_i – numărul de luni compensate anual ($M_i = 12$ luni);

N_i – numărul de invalizi prin afecte canceroase în anul 1997 s-a estimat în ansamblu pe republică de:

I grup de invaliditate – 1249 persoane

II grup de invaliditate – 1153 persoane

III grup de invaliditate – 94 persoane.

Calculele efectuate conform formulei (2) au dedus că volumul de cheltuieli financiare prin indemnizațiile de incapacitate profesiografică a bolnavilor oncologici au constituit în 1997:

$$E_i = (110 \text{ lei} \cdot 12 \text{ luni} \cdot 1249 \text{ bolnavi}) + (80 \text{ lei} \cdot 12 \text{ luni} \cdot 1153 \text{ bolnavi}) + (40 \text{ lei} \cdot 12 \text{ luni} \cdot 94 \text{ bolnavi}) = 2\,768\,808 \text{ lei}$$

↑ Costurile tratamentelor de staționar au inclus:

$$E_h = C_h + D_h + N_h \quad (3),$$

unde

E_h – costurile tratamentelor de staționar;

C_h – costul unei zile de tratament în clinica Institutului Oncologic evaluate pentru 1997 ($C_h = 39,4$ lei);

D_h – durata medie de curăție a unui bolnav cu neoplasm malign în clinica Institutului Oncologic, evaluată pentru 1997 a fi de $D_h = 21,2$ zile.

N_h – numărul de invalizi prin neoformațiuni maligne pentru care au urmat cure de asistență specifică în condiții de staționar. În anul 1997 au fost – $N_h = 1249$ asemenea invalizi.

Prin intermediul formulei (3) s-au evaluat costurile tratamentelor de staționar pentru invalizii cu neoformațiuni maligne, care în 1997 au constituit:

$$E_h = 39,4 \text{ lei} \cdot 21,2 \text{ zile} \cdot 1249 \text{ invalizi} = 1\,043\,265 \text{ lei}$$

→ Pierderile generate de produsele nelivrate prin invalidizarea bolnavilor canceroși s-au estimat după formula:

$$E_p = C_p \cdot Z_p \cdot N_p \quad (4),$$

unde:

E_p – pierderile financiare definite de produsul industrial nelivrat prin absenteismul de muncă al bolnavilor invalidizați;

C_p – costul producției zilnice medii a unui angajat. În 1997 valoarea produsului mediu zilnic a unui lucrător a fost în medie pe republică de $C_p = 3,6$ lei/zi;

Z_p – numărul zilelor de absență în muncă prin invalidizarea bolnavilor oncologici. În 1997 acest indice s-a estimat a fi în medie de 27,1 zile pentru un invalid canceros,

N_p – numărul de invalizi prin boală neoplazică de vârste apte de muncă. În 1997 numărul de invalizi prin neoformațiuni maligne aflați la vârste apte de muncă s-a determinat a fi de $N_p = 1116$.

Astfel calculele ce au considerat pierderile de producție prin absențele de muncă ale persoanelor invalidizate prin boală neoplazică au dedus pentru anul 1997:

$$E_p = 3,6 \text{ lei} \cdot 27,2 \text{ zile} \cdot 1116 \text{ invalizi} = 235\,807 \text{ lei}$$

↓ Costurile tratamentelor sanatoriale suscitade de bolnavii oncologici s-au calculat după formula (5):

$$E_r = C_r \cdot D_r \cdot N_r \quad (5),$$

unde:

E_r – costul tratamentului sanatorial;

C_r – costul unei zile de tratament sanatorial, care în 1997 a constituit $C_r = 48$ lei;

D_r – durata medie a curelor sanatoriale, care în 1997 a constituit în medie 24 zile: $D_r = 24$ zile;

N_r – numărul de invalizi ce au beneficiat de îngrijiri sanatoriale. În 1997 au urmat cure de tratament sanatorial 75 invalizi: $N_r = 75$ persoane.

Calculele efectuate după formula (5) au dedus costurile tratamentelor sanatoriale pentru anul 1997 de:

$$E_r = 48 \text{ lei} \cdot 24 \text{ zile} \cdot 75 \text{ invalizi} = 86\,400 \text{ lei}$$

⑤ Costurile tratamentelor ambulator-policlinice.

Cheltuielile financiare pentru asistența de policlinică a invalizilor oncologici s-a evaluat după formula:

$$E_a = C_a \cdot Z_a \cdot N_a \quad (6),$$

unde:

E_a – costul tratamentului de policlinică al unui invalid;

C_a – costul unei vizite de policlinică. În 1997 costul unui consult policlinic la Institutul Oncologic: $C_a = 2,47$ lei;

Z_a – numărul anual mediu de vizite ale unui invalid prin neoplasme maligne. Astfel, în 1997 fiecărui invalid prin cancer i-au revenit în medie $Z_a = 5$.

N_a – numărul de invalizi canceroși care au beneficiat de tratamente în condiții policlinice. În 1997 au urmat îngrijiri de policlinică $N_a = 2426$ invalizi prin tumori maligne.

Calculele efectuate prin formula (6) au determinat că pentru tratamentele invalizilor canceroși în condiții de policlinică în 1997 s-au cheltuit:

$$E_a = 2,47 \text{ lei} \cdot 5 \text{ vizite} \cdot 2426 \text{ invalizi} = 29\,961 \text{ lei}$$

Prejudiciul economic global generat de fenomenul invalidizării prin neoformațiuni maligne și calculat prin formulele redate anterior au fost imaginate de statistica tabelului 18.

Analiza prognozelor economice

Rezultatele investigațiilor au evidențiat (tab.18) că pagubele economice generate de sistemul funcțional de expertiză a validității de muncă a bolnavilor oncologici sunt în medie de 4,2 mln lei în an pe republică. De remarcat că cele mai mari costuri sunt cele suscitade de plățile indemnizațiilor de invaliditate. Astfel, în medie cam 67 lei din fiecare 100 lei de buget se cheltuie pentru pensiile de invaliditate. Pe

Tabelul 18

Prejuduciile economice definite de invalidizarea populației Republicii Moldova prin neoplasme maligne în anul 1997

Denumirea genului de asistență	Cheltuieli financiare (lei)	Structura (%)	Reiting
Indemnizații de invaliditate	2 768 808	67	1
Tratament staționar	1 043 265	25	2
Costurile producției nelivrate	235 807	5	3
Tratamente sanatoriale	86 400	2	4
Asistență policlinică	29 961	1	5
Total	4 164 241	100	

locul II ca volum de cost se situează tratamentele de staționar – 1 048 265 lei sau 25% din alocările bugetare anuale se cheltuie pentru tratamentul spitalicesc al invalizilor prin neoformațiuni maligne.

Deducem, că plățile indemnizațiilor de invaliditate și costurile tratamentelor de staționar constituie 91% din totalul cheltuielilor bugetare pentru bolnavii oncologici.

Sistemul elaborat pentru determinarea incapacității profesiografice a bolnavilor cu neoformațiuni maligne este orientat să reducă numărul de invalizi prin majorarea cotei de invalizi capabili de activități social-utile. Pentru analiza comparată vom menționa că în 1997, prin mancurarea sistemului existent de expertiză a validității profesionale s-a profilat următorul tablou de distribuire a bolnavilor cu neoplasme maligne după grupe de invaliditate:

I grup – 1248 persoane

II grup – 1153 persoane

III grup – 24 persoane

S-a inițiat un studiu special, prin care urma să se revadă numărul de invalizi din cele 3 grupe definite în baza unui set de criterii delimitate pentru evaluarea aptitudinilor profesiografice. Prin selecție aleatorie din fiecare grup de invalizi s-au ales 100 de fișe medicale, urmând examenul de expertiză a validității profesiografice a invalizilor pentru executarea diferitor exerciții profesionale în conformitate cu setul de criterii promulgate. Este important momentul că pentru fiecare din acești invalizi se evalua gradul de reducere a potențialului profesiografic după criteriile elaborate special pentru asemenea expertize. Apoi în fiecare grup s-a recalculat numărul de invalizi capabili să execute anumite munci.

Rezultatele de revedere a potențialului profesiografic restant au conchis că numărul mediu de invalizi disponibili pentru anumite operațiuni profesionale se distribuie precum urmează:

În I grup de invaliditate – 18% persoane funcționale;

În al II grup – 21%;

În al III grup – 27%.

Cele constatate în urma explorărilor la acest capitol ne-au convins, că în fiecare din grupele de invaliditate există bolnavi cu rezerve profesiografice disponibile, inclusiv în I grup – ar fi cel puțin 18

asemenea invalizi din 100, în al II-a grup – 21 din 100, iar în al III-a – cel puțin 27 din 100 sunt disponibili profesiografic. Astfel că cu cât este mai înalt rangul grupului de invaliditate, cu atât mai ponderal este procentul de invalizi disponibili de activități socialmente utile.

Odată ce s-a definit proporția medie de invalizi capabili de muncă în fiecare grup de invaliditate, era simplu să se facă niște calcule consecutive, prin care dacă din 100 invalizi de I grup sunt încă disponibili profesional 18, atunci din totalul celor 1249 de asemenea invalizi 225 sunt capabili de reîncadrare profesională ($1249 \times 18 : 100$).

Prin calcule similare s-a constatat că în lotul celor cu grupul II de invaliditate asemenea persoane sunt 242 ($1153 \times 21 : 100$), iar în lotul III – 6 ($24 \times 27 : 100$).

Devin evidente avantajele oferite de noul sistem de expertiză a validității funcționale, care diminuează proporția celor excluși din produsul social prin depistarea și categorisirea persoanelor disponibile de activitate profesiografică. Raportate la fiecare grup de invalizi aceste parametre se prezintă astfel.

Din tabelul 19 reiese că prin sistemul de expertiză existent au fost etichetați cu diferite categorii de invaliditate 2426 persoane, conform sistemului de validări profesiografice promovat aceștia ar fi doar în număr de 1953. Prin urmare conform criteriilor noi de evaluare 473 invalizi sunt încă disponibili de anumite activități profesionale.

Tabel 19

**Evaluarea comparată a numărului de invalizi
cu neoplasme maligne prin sistemul curent de expertiză
și cel promovat de autorii studiului**

Grup de invaliditate	Nr. invalizi conform sistemului curent	Nr. invalizi conform sistemului nou	Diferențe
I	1 249	1 024	225
II	1 153	911	242
III	24	18	6
Total	2 426	1 953	473

Considerând drept reper numărul de invalizi dedus prin sistemul elaborat, adică de 1953 persoane, s-au calculat prejudiciile economice și s-au comparat pierderile economice generate prin lacunele sistemului

curent de expertiză și avantajelor noului program de estimare a gradului de invaliditate (tab. 20).

Tabel 20

Estimarea comparată a prejudiciilor economice prin invalidizările declarate la bolnavii oncologici conform sistemului curent și cel promovat recent pentru evaluarea potențialului profesiografic

Costuri prin	Prejudicii prin sistemul curent de validare profesiografică	Costurile aplicative ale noului sistem de validare profesiografică	Diferențe (lei)
Indemnizații de invaliditate	2 768 808	2 202 552	556 256
Tratament staționar	1 043 265	855 327	187 938
Costul produselor nelivrate	235 807	189 832	45 975
Tratament sanatorial	86 400	70 272	16 128
Tratament de policlinică	29 961	24 120	5 841
Efect economic			812 138

Rezultatele explorative (tab.20) au demonstrat că sistemul elaborat și promovat de noi pentru determinarea potențialului profesiografic restant al bolnavilor cu neoplasme maligne este o modalitate sigură de a reduce cu cel puțin 812 138 lei (0,8 mln lei) costurile de asistență complexă ceea ce ar semnifica cam 20% de economii în comparație cu sistemul existent de estimare a validității profesionale.

Totalizând prejudiciile economice, pe care le comportă sistemul existent de expertiză a invalidității bolnavilor cu neoplasme maligne, ajungem să apreciem o sumă de 4,2 mln lei în an.

Prin valorificarea noului sistem de evaluare a invalidității profesiografice a bolnavilor cu neoformațiuni maligne s-ar putea obține reducerea cu 20% a cheltuielilor financiare pentru asistența medico-socială a acestui contingent de invalizi în raport cu sistemul funcțional de expertiză a validității de muncă.

Economiile obținute ar putea fi orientate pentru finanțarea “Programului Național de Combatere a Cancerului în perioada 1998–2003” la capitolul ce stipulează depistarea precoce, eficientizarea tratamentelor și recuperarea adecvată a bolnavilor oncologici.

CAPITOLUL VII

CALITATEA VIEȚII BOLNAVILOR CANCEROȘI ASISTAȚI ÎN FORMULĂ RADICALĂ CA PARAMETRU CRITERIAL AL EFICIENȚEI MĂSURILOR DE REABILITARE MEDICO-SOCIALĂ

Procesul de evaluare a indicelui de calitate a vieții bolnavilor cu afecte neoplazice presupune estimarea unui complex întreg de parametre, caracterizând volumul restant de funcții fizice și capacitatea de exercitare a diferitor genuri de activități. De multe ori, însă, aceste teste nu examinează unele aspecte de ordin socio-psihologic ale problemei, la fel de importante pentru condiția fizică și deci evoluția spre reinserția plenară a acestor persoane.

Printre acestea am considerat de mare valoare estimarea parametrilor de adaptare fizică, socială, psihologică a bolnavilor agresați de fatalul flagel, căci de multe ori acestea le oferă o șansă spre vindecare. Tratamentele radicale, din păcate inerente bolnavilor ce au dezvoltat tumori maligne, se soldează cu cele mai diverse disfuncții organice, dezaranjamente sexuale, emoții dezastruoase, care la majoritatea din ei vor suscita declinul multor parametre de calitate a vieții. Starea de tensiune și anxietatea prelungită, depresiunea, stările reactive, excesul de glicocorticoizi și intoxicația endogenă pot deveni cauza recidivelor malade, care la rândul-le diminuează calitatea de readaptare și reinserție socială.

Conștientizarea bolii nu este întotdeauna adecvată statutului real de sănătate, iar reacțiile psihoemoționale definite de pierderea unui organ sau segment din acesta perechitează adesea relațiile bolnavului cu anturajul și multiplică efectul psihodestructiv al noii sale ipostaze. De altfel, asemenea suferințe psihice îi acostează pe bolnavii canceroși încă până la inițierea tratamentelor specifice complexe, ei aprofundându-se în retrairi de ordin somatic, și nu asupra volumului operator, alții din contra sunt concentrați totalmente asupra semnelor de evoluție postoperatorie sub tratamentele indicate, toate însă sunt

momente cu potențial stresogen pe tot parcursul perioadei de tratament și postcurativ.

Astfel dacă bolnavele cu cancere de glandă mamară sau uterine sunt tulburate de viitoarele dezaranjamente de ordin sexual și cele de aspect estetic, atunci pentru bolnavii cu tumori pulmonare sau gastrice aceste probleme nu sunt de valoare stringentă, ei urmărind cu mare insistență alte aspecte ale funcțiilor vitale. Oricum toate aceste circumstanțe reprezintă factori de stres, prin care sunt deformate reprezentările despre sine ca personalitate, ei recepționând pasiv realitatea.

7.1. DINAMICUL OPȚIUNILOR PENTRU SEMNIFICAȚIE SOCIALĂ A STATUTULUI DE SĂNĂTATE LA BOLNAVII ONCOLOGICI CE AU SUPORTAT TRATAMENTE RADICALE

În cazul bolnavilor oncologici atitudinea față de sănătate ca valoare socială, față de antrenarea în activitățile socio-habituale se manifestă foarte diferit. Astfel pe exemplul câtorva grupuri de canceroși, repartizați conform sediului neoplazic, am putea demonstra unele trăsături specifice parametrilor de adaptare psihologică și socială a acestor pacienți. Герасименко В.Н. и соавт. (1986) consideră că explorările vizând semnificația psiho-socială a sănătății pentru bolnavii oncologici trebuie să cerceteze opiniile expuse de aceștea prin metoda de gradație valorică și selecție a afirmațiilor. Aceste răspunsuri se pot diviza în câteva grupuri:

- ❑ “sănătatea este o valoare supremă fără de care viața nu are nici un sens” (raționamentul A);
- ❑ “sănătatea este o premiză importantă, dar există lucruri la fel de importante – familia, profesiunea ș.a. (raționamentul B);
- ❑ “dacă te preocupă prea obsesiv propria sănătate, viața devine monotonă și dificilă” (raționamentul C);

Aceste formule de răspuns diferă mult, dar nu se pot contrapune una alteia, de aceea alegerea bolnavului oricum se rezumă la un moment – menajarea sănătății. Menajarea și întreținerea statutului de sănătate ca premiză optimă condiției fizice a organismului era opțiunea dominantă,

deși în procesul de alegere au fost definite o serie de orientări valorice, caracterizând postulatele vitale de principiu deși în viziunea maladiei suportate.

La acest compartiment s-a examinat și sesizat diferențele de esență a raționamentelor vizând semnificația indicelui de sănătate la bolnavii cu neoplasme de cele mai incidente localizări: glanda mamară, colul și corpul uterin, gastrul, plămânii și tegumentul, cercetările fiind efectuate până și după tratamentul recuperator. Conform datelor înregistrate și redată grafic pe fig.4 se remarcă creșterea evidentă a proporției de răspunsuri prin afirmația “B”, după cura de recuperare complexă, cu peste 10,0% față de indicele precurativ la bolnavele ce au suportat tratamente radicale pentru cancere mamare, și cu 24,6% în raport de indicele lotului de referință ($43,2 \pm 1,9\%$ și respectiv, $67,8 \pm 2,1\%$). Acest spor concludent al procentului de afirmație “B” după asistența de reabilitare – $p < 0,01$ și chiar $p < 0,001$, în raport cu lotul de referință demonstrează că pentru această categorie de bolnave s-a reușit redresarea unor viziuni de raționament, relevând unele tendințe de reintegrare socială, în colectivul de muncă ș.a.

Femeile ce au suportat tratamente în formulă radicală pentru cancere genitale au avut și ele ocazia să opineze asupra postulatelor valorice examinate de asemeni până și după cura de reabilitare complexă. Astfel am dedus că ponderea afirmației “B” a atins în cazul lor cota de $63,6 \pm 1,9\%$ în raport cu indicele prerecuperator ($51,8 \pm 2,4\%$), sporul în raport cu lotul de referință a fost de 25,8%. Diferențele de semnificație statistică ($p < 0,001$) specifice mai ales evoluțiilor înregistrate pentru opțiunea “B” s-au definit, foarte probabil, prin alegerea volumului și schemelor de asistență recuperatorie adecvată sediului tumoral, gravității și caracterului leziunilor canceroase.

Spre deosebire de bolnavele cu neoformațiuni mamare și cancere uterine, grupul de bolnavi cu neoformațiuni maligne pe gastru și plămân s-a manifestat pe poziții relativ stabile în orientările opționale expuse pre- și postrecuperator, preponderent din contul raționamentelor ce reprezintă afirmația “B”.

Bolnavii operați și asistați complex pentru cancere gastrice și-au modificat parametrele examinate prin opțiunile orientate pentru afirmația

“C” – de la $21,3 \pm 2,8\%$ până la $29,5 \pm 3,1\%$, concomitent fiind în scădere cota opțiunilor de categoria “B” de la $45,9 \pm 4,1\%$ până la $36,2 \pm 3,2\%$ (fig. 6).

O situație similară s-a urmărit după cura de reabilitări complexe și la bolnavii cu tumori maligne de plămân. Diminuarea proporției de opțiuni “B” de la $45,2 \pm 3,1\%$ până la $42,9 \pm 2,7\%$ s-a marcat de creșterea opțiunilor emise prin afirmația “C” de la $23,1 \pm 1,9\%$ la $32,9 \pm 3,9\%$ și descreșterea procentului de raționamente de categoria “A” de la $31,7 \pm 4,1\%$ la $24,2 \pm 2,6\%$.

Așadar în cazul bolnavilor operați radical pentru cancer gastric și pulmonar dinamicul raționamentelor despre valoarea sănătății este mai puțin relevant decât în cazul femeilor cu procese canceroase mamare și uterine. În ambele variante de angajare a procesului neoplazic scăderea proporției de raționamente tip “B” s-a produs pe seama sporului moderat de opțiuni prin afirmații de tipul “C”.

Reprezentative și concludente s-au dovedit rezultatele explorative asupra bolnavilor cu neoplasme dermo-cutanee după seria de tratamente recuperatorii. S-au produs reorientări valorice în esența afirmațiilor ce stipulează valoarea sănătății ca parametru de reintegrare socială și profesională. Astfel cota de opțiuni prin afirmația “B” a sporit cu $21,0\%$ în raport cu cea constatată prererucupator și cu $25,5\%$ în raport cu bolnavii din lotul de referință, atingând nivelul de $83,9 \pm 3,1\%$ (fig. 6).

Este important dinamicul nivelurilor de opțiuni tip “A” în descreștere de la $13,1 \pm 3,5\%$ la $4,9 \pm 2,1\%$, ceea ce confirmă eficiența asistenței psihoterapice în modelarea viziunilor asupra prezenței afectului canceros.

Raționamentele despre semnificația socială a statutului de sănătate examinate în cazul bolnavilor prezentând cancer de diferite niveluri de angajare au dedus că procesul de adaptare a acestora la noul statut somatic evoluează destul de variat, deaceia se va examina cu mai multă atenție. Se pare că cunoaștem și chiar s-au explorat insuficient parametrele ce reprezintă calitatea vieții bolnavilor oncologici, asistați în formulă radicală, inclusiv despre adaptarea lor somato-socială și psiho-emoțională, consecințele agresiunilor presupuse de radicalitatea tratamentelor specifice, calitatea procesului de resocializare habituală și profesională.

Dinamicul raționamentelor emise de bolnavii cu cancer de cele mai incidente localizări *vis-a-vis* de valența socială a indicelui de sănătate a reliefat o serie de momente ce specifică evoluția de adaptare la condiția de boală. Au fost însă necesare examene mai complexe asupra parametrilor de calitate a vieții pentru a defini unele legități dependente de sediul procesului neoplazic și caracterele lui evolutive.

7.2. REZULTATELE INVESTIGAȚIILOR COMPLEXE ASUPRA STATUTULUI GLOBAL DE SĂNĂTATE ȘI CALITATEA VIEȚII BOLNAVILOR CU NEOPLASME DE CELE MAI INCIDENTE LOCALIZĂRI

S-au utilizat pentru estimarea calității vieții bolnavilor incluși în studiu câteva metode:

Una din programele elaborate și funcționând de câteva decenii este sistemul criterial Karnofsky Performance Status Scale și un sistem mai modern EORTC QLQ-C30 (version 2.0).

Primul procedeu (autorii Karnofsky & Bukchenal) operează prin intermediul unui set de criterii singulare, estimate procentual a câte 10 unități în descreștere de la 100 până la 0. Am conchis că pentru grupele de bolnavi studiate de noi au fost suficiente trei asemenea cifre.

Considerând, însă, specificul afectelor canceroase, aceste criterii au fost modernizate cumva adaptându-le bolnavilor cu neoplasme de diferită localizare, fără a știrbi din încărcătura semantică a originalului, mai mult chiar, am reușit să le modelăm în raport cu statutul bolnavului ce urmează să se expună tratamentelor recuperatorii. Astfel am regrupat datele obținute în 3 parametre esențiale: 100% – semnele maladiei sunt lipsă, iar dereglările prezentate nu dificultează important activitatea vitală; 90% – semne malade lipsă, activitatea fizică și socio-habituală se menține în cadru optim, dar intervin periodic diferite tulburări care o diminuează; 80% – nu se profilează semne de recidivă, dar activitățile fizice și cele sociohabituale îl solicită mult pe bolnav, deoarece dezaranjamentele existente se manifestă în simptomocomplex patologic.

Pe exemplul loturilor de bolnavi cu neoplasme mamare s-a demonstrat ilustrativ (fig. 7) dinamicul ameliorărilor înregistrate de indicii ce reprezintă calitatea după curele de recuperare. Conform rezultatelor figurate schematic reiese că prerenecuperator au prevalat femeile, calitatea vieții cărora se estima de parametri mediofavorabili ($65,3 \pm 2,0\%$), deși lotul a inclus și persoane energice, antrenate plenar în activități social utile. La finele curei de reabilitări complexe numărul de persoane cu apreciativul 100% pentru calitatea vieții a crescut de 4 ori contra valorilor prerenecuperative ($76,1 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$). Și în cadrul celorlalte 2 categorii de apreciative “90%” și “80%” s-au inițiat reduceri apreciable. În lotul martor nu s-au produs modificări dinamice ale calității vieții.

Pentru testarea criteriilor apreciative vizând indicele de adaptare la bolnavele cu cancer de col și corp uterin au fost selectate 3 valori similare: 100% – statut normal, nu sunt acuze de stare generală, uneori poate fi prezent un careva disconfort de aspect simptomatic sau psihoemoțional, 90% – este păstrată activitatea fizică și sociohabituală, dar bolnavii remarcă alterări periodice de stare, 80% – activitățile fizice și socio-habituale sunt extenuante, capacitatea de muncă este afectată.

Pe figura 8 este imaginat dinamicul schematizat al apreciativelor pentru calitatea vieții estimate la 130 bolnavi cu cancer de col și corp uterin, raportate la lotul de observație și la 30 bolnave, lot de referință, până și după cura complexă de reabilitare. Astfel se distinge diminuarea proporției de bolnave cu apreciativul “90%” în favoarea celor cu nota superlativă “100%” până la $21,1 \pm 1,9\%$ după tratamentul recuperator, descreștea și cota pacienților cu apreciative inferioare de calitatea vieții ($18,8 \pm 2,2\%$ și, respectiv, $6,2 \pm 1,9\%$). Lotul de referință, care incluse bolnave oncoginecologice după terapie de eradicare complexă, nu și-a modificat semnificativ pe parcurs parametrii de viață examinați. Așa dar, se poate deduce univoc despre oportunitatea și indispensabilitatea asistenței medico-psihologice recuperatorii și postspitalicești.

Și în grupurile de bolnavi cu neoplasme maligne de gastru am făcut uz de scorul apreciativ pentru calitatea adaptării psihosomatice, care însă nu a evoluționat semnificativ sub tratamentele de reabilitări complexe (fig. 13). Doar pentru apreciativul de “90%” s-au remarcat

creșteri evidente de la $32,8 \pm 1,9\%$ până la cota de $45,6 \pm 2,9\%$ ($p < 0,05$) fig. 9.

Modificări esențiale nu s-au produs nici în lotul de referință selectat pentru aceștia, ceea ce s-a condiționat prin câteva circumstanțe: gravitatea leziunii neoplazice, valoarea funcției somatice a organului invadat canceros – gastrul și modificările survenite prin complicațiile postrezeccionale.

Cancerle de plămân ridică multe dificultăți atât de ordin medical, cât și de aspect psihologic și recuperator. Intervențiile practicate pentru eradicarea afectului inițial – bilobectomie sau pulmonectomie – sunt extrem de traumatizante, deaceia perioada de restabilire postoperatorie evoluează îndelungat și complex. Chiar și după externare bolnavii prezintă mereu diferite acuze datorate în principal tulburărilor disfuncționale. Oxigenarea hiperbarică se pare procedeul cel mai indicat, dar aplicarea frecventă a oxigenului hiperbaric suscită dificultăți și probleme de caracter somato-funcțional și medico-social.

Examenle vizând calitatea vieții acestor bolnavi au furnizat date foarte neomogene, dependente pe de o parte de perioada aplicării metodelor de susținere funcțională, instrumentală și psihologică a vitalității, iar pe de alta – de agresivitatea intervenției operatorii, vârsta bolnavului, statutul lui psihic și alte parametre vitale.

Rezultatele explorărilor ce vizează calitatea vieții bolnavilor cu tumori maligne pulmonare sunt imaginate pe figura 10, din care desprindem evoluții evidente spre ameliorare ($p < 0,05$) prin creșterea ratei de apreciative “90%” după asistența de reabilitare complexă (de la $31,8 \pm 3,1\%$ până la $40,7 \pm 3,8\%$). În lotul de referință nu s-au produs modificări speciale.

Modificări concludente s-au urmărit și în spectrul de parametre ce reflectă calitatea vieții la bolnavii cu neoplasme maligne de piele. Am remarcat mai întâi că destabilimentele psihoemoționale ale acestei categorii de bolnavi s-au datorat factorului de trimitere spre serviciul oncologic și evoluției trenante a proceselor de regenerare granulară a țesuturilor moi deteriorate prin electro- și criodestrucție.

Pe figura 11 au fost reprezentate parametrele dinamice de calitate a vieții la această categorie de cancerosi.

Prin ședințele de susținere psihoterapeutică, uneori suplimentate cu electrosomn, în lotul de observație a crescut proporția de parametre vitale înalte – “100%” până la cota de $74,6 \pm 3,8\%$ ($p < 0,001$) cu reducerea respectivă a cotei de indicatori cu apreciativul “90%” de la $56,9 \pm 4,1\%$ până la $25,4 \pm 2,1\%$ ($p < 0,001$), apreciativul de valoare “80%” nu s-a emis pentru nici un pacient referit la acest grup clinic. În lotul de referință nu s-au produs modificări certe, exceptând ameliorarea indicatorului de “100%” de la $29,1 \pm 3,1\%$ la $37,5 \pm 4,2\%$.

Din cele observate am depistat că scorul presupune și unele momente de subiectivism, de vreme ce majoritatea componentelor considerate se constituie din factori obiectivi. Aplicat în complex cu alte metode de estimare sistemul de criterii apreciative Karnofsky consemnează principiile de reper pentru specificarea statutului de adaptare fizică și psihosocială a bolnavilor agresati de neoplasme maligne.

În timpul explorărilor ce apreciază parametrele de calitate a vieții bolnavilor oncologici, se examinează diferite fațete ale activității vitale (fizice, medico-sociale, psiho-emoționale, profesionale, gradul de satisfacție și indicele de activitate etc). Precum am remarcat, interpretarea tuturor parametrilor reprezentative, la care ne-am referit, necesită un procedeu universal de evaluare, până în prezent însă acest postulat se revendică de fiecare autor, de exemplu, Aaronson N.K. et al., 1993; 1996, Dow K.N. et al., 1996, Nakada S. et al., 1996, Sprangers M.A. et al., 1996.

Un lucru rămâne cert până în prezent că de fapt orice procedeu, metodă, oricât de obiectivă ar fi, nu poate ezita doza omniprezență de subiectivism apreciativ. Considerăm însă că medicul trebuie să-i ofere bolnavului posibilitatea de autoapreciere a propriei calități de viață și doar la necesitate să se orienteze sau sugestioneze formula de răspuns. Subiectivismul metodei de chestionare și analiză a caracteristicilor de calitate a vieții se poate depăși prin informațiile obiective despre specificul personalității bolnavului, culese cu ajutorul testelor psihologice.

Referitor la problema care ar fi momentul cel mai indicat de comensurare a acestor parametre vitale, credem că este mai important să ne definim cu ce scop și pentru care perspectivă procedăm acest examen: socio-habituală, profesională, sociologică ș.a.

Демин Е.В. (1990), Блинов Н.Н. и соавт. (1993; 1997) consideră că asemenea investigații se pot iniția la toate etapele de supraveghere evolutivă a bolnavilor cancerosi, inclusiv pentru formele avansate de boală, când estimând parametrele de calitate a vieții se poate defini volumul de intervenții curative, necesarul de asistență recuperatorie sau simptomatică.

Indicele de adaptare după curele în formulă radicală se va examina cel mai bine și mai evocator la diferite etape de proces curativ, de exemplu, ante- și postrecuperator, dar se pot indica evaluări unimomentane – după tratamentele de reabilitare complexă sau la orice altă etapă ulterioară, când se va putea decide necesarul de asistență și susținere adecvată sau pentru eliberarea unor recomandări.

Considerând cele relatate pe parcurs, s-a făcut uz de procedeul de examinare a indicilor de calitate a vieții prin metoda de anchetă care se completează de bolnavii înșiși sau cu ajutorul asistentului medical. Pacienții răspundeau în prezența exploratorului, care să fixeze dacă întrebarea a fost înțeleasă exact și că interpretarea ei nu prezintă dificultăți semantice. Sistemul de estimare a indicilor de calitate a vieții EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer) s-a prezentat a fi cel mai adecvat și obiectiv instrument apreciativ în raport cu loturile explorate.

Conținutul celor 30 de întrebări adresate bolnavului reflectă statutul bolnavului, sediul procesului tumoral, volumul intervenției operatorii – criteriile dominante în cercetarea parametrilor de calitate a vieții, au fost reordonate în 3 categorii sau gradații:

I. Dereglări funcționale

1. Funcții fizice
2. Funcții integrative
3. Funcții emoționale
4. Funcții cognitive
5. Funcții sociale

II. Perturbaje individualizate simptomatice: fatigabilitate, insomnie, diminuarea apetitului, durere, dispnee, constipație, nausee, vomă, diaree.

III. Statutul global de sănătate/Calitate a vieții (Anexa).

Pe parcursul investigației am examinat separat diferite parametre și semnificația lor cifrică după cele 3 scoruri principale cu modelarea ulterioară a rezultatelor obținute și clasificarea nivelelor de calitate a vieții.

Explorările de acest sens au relevat după tratamentele radicale că cel mai înalt indice disfuncțional se deducea la bolnavii purtători de cancere pulmonare și gastrice (tab.21).

Tabelul 21

**Evaluarea funcțiilor fizice ale bolnavilor oncologici
ce au suportat tratamente radicale**

Afectul canceros examinat	Apreciativul, %	Reitingul disfuncției depistate
Cancer gastric	50	1 – 2
Cancer pulmonar	50	1 – 2
Cancer mamar	60	3
Cancer de col și corp uterin	70	4 – 5
Cancer de piele	70	4 – 5

Precum s-a notat anterior nota apreciativă exprimă gradul disfuncțiilor fizice următoare tratamentelor radicale. Nota maximă poate atinge 100%, iar cea minimă – 0%. Apreciativul 100% consemnează inexistența vre-unei dificultăți de exercitare a activităților care suscită eforturi fizice. Nota 0% anunță că în lotul estimat practic toți bolnavii se confruntă cu dificultăți de imposibilitate a exercițiului fizic după ce au fost asistați în formulă radicală.

Din tabelul 28 reiese că după curele de radicalitate maximă cele mai multe dificultăți fizice au de traversat bolnavii de cancer gastric (50%) și cei cu neoplasme pulmonare (50%). Cel mai puțin resimt asemenea disfuncții bolnavii cu tumori de piele (70%) și femeile cu tumori colouterine (70%).

Rezultatele acestei explorări au evidențiat că grupurile reprezentate de bolnavii cu cancere gastrice și pulmonare sunt cele mai defavorizate conform gradației deteriorărilor de ordin fizic.

Investigațiile vizând funcția integrativă a bolnavilor ce au suportat cure de eradicare canceroasă au evidențiat următoarele rezultate (tab.22).

Precum deducem din tabel, bolnavii cu neoplasme gastrice (60%) și cancere mamare (60%) suportă cele mai grave disabilitări funcționale în executarea muncilor zilnice sau a ocupațiilor preferate. Cel mai puțin

Tabelul 22

**Estimarea funcției integrative a bolnavilor oncologici
după tratamentul radical**

Afectul canceros examinat	Apreciativul, %	Reitingul disfuncției constatate
Cancer gastric	60	1 – 2
Cancer mamar	60	1 – 2
Cancer de col și corp uterin	63	3
Cancer pulmonar	67	4
Cancer de piele	70	5

sunt afectate funcțiile integrative ale persoanelor purtătoare de neoplasme dermo-cutanee (70%) și cancere de plămân (67%).

Explorarea noastră a examinat și *statutul emoțional* al bolnavilor din loturile observate, constatând grad maxim de tensionare, excitabilitate și deprimanță următoare tratamentelor radicale în lotul de bolnavi cu neoplasme pulmonare (tab.23).

Tabelul 23

**Estimarea funcției emoționale a bolnavilor oncologici
după tratamentul radical**

Afectul canceros examinat	Apreciativul, %	Reitingul disfuncțiilor apreciate
Cancer pulmonar	53	1
Cancer gastric	57	2 – 3
Cancer de piele	57	2 – 3
Cancer mamar	60	4 – 5
Cancer de col și corp uterin	60	4 – 5

Pe locul 2 și 3 după reitingul “disfuncțiilor emoționale” s-au clasat bolnavii cărora li se diagnosticase cancer gastric (57%) și cancer de piele (57%). Concomitent s-a dedus tensiune emoțională minimă după terapiile de formulă radicală la femeile ce prezentase cancere de sân (60%) și cancere de col uterin (60%).

Examinarea *funcției cognitive* a inclus determinarea forței de concentrare a bolnavului, de exemplu asupra unei lecturi sau la vizionarea televizorului, precum și a capacităților de rememorare a unui eveniment produs deja după tratamentele de formulă radicală (tab.24).

Rezultatele acestui test au constatat disfuncții cognitive de expresie mai pregnantă la bolnavii operați în formulă radicală pentru cancere gastrice (40%) și cancere de col uterin (40%). Cel mai puțin fusese afectată funcția cognitivă a purtătorilor de cancere cutanee (90%).

Tabelul 24

**Evaluarea funcției cognitive a bolnavilor canceroși
ce au suportat tratamente radicale**

Afectul canceros examinat	Apreciativul, %	Reitingul disfuncțiilor atestate
Cancer gastric	40	1 – 2
Cancer de col și corp uterin	40	1 – 2
Cancer mamar	70	3
Cancer pulmonar	77	4
Cancer de piele	90	5

Investigația complexă a disfuncționărilor determinate de tratamentele de eradicare a cancerelor de diferită localizare au presupus și examene vuzând *funcția de inserție socială* a acestor bolnavi (tab.25).

Tabelul 25

**Evaluarea funcției sociale a bolnavilor canceroși
după tratamentul radical**

Afectul canceros examinat	Apreciativul, %	Reitingul disfuncțiilor depistate
Cancer gastric	57	1 – 2 – 3
Cancer de col și corp uterin	57	1 – 2 – 3
Cancer mamar	57	1 – 2 – 3
Cancer pulmonar	67	4
Cancer de piele	73	5

Deducem că primele 3 loturi de bolnavi cu tumori gastrice (57%), cancer de glandă mamară (57%) și de col uterin (57%), resimt, probabil, prin inadverteințele de statut fizic, disconfort familial, sunt stângeniți la apariția în lume, în localuri publice, în ospetie, ceea ce denotă deteriorarea funcției lor de socializare.

Rezultatele explorative prezentate pe parcurs au demonstrat că pe fundalul diferitor specii canceroase se atestă diferite reitinguri disfuncționale. Deaceea ne-am propus drept sarcină determinarea genului de afect canceros, care se prezintă cu cele mai expresive deteriorări ale tuturor funcțiilor cercetate (fizice, integrative, emoționale, cognitive, sociale). Considerăm că gradul de pregnantă disfuncțională s-a estimat prin unele și aceleași unități, în procente, am calculat un apreciativ mediu pentru fiecare gen de afect canceros (tab.26).

Rezultatele redade în tabelul 26 au relevat că cele mai pregnante disfuncții fizice, integrative, emoționale, cognitive și sociale s-au

Tabelul 26

**Apreciative medii pentru disfuncțiile postcurative
ale bolnavilor canceroși, inclusiv de ordin fizic, integrativ,
emoțional, cognitiv și socio-adaptiv**

Afectul canceros examinat	Apreciativul, %	Reitingul disfuncțiilor atestate
Cancer gastric	55	1
Cancer de col și corp uterin	57	2
Cancer mamar	61	3
Cancer pulmonar	62	4
Cancer de piele	72	5

dezvoltat în perioada postagresională la bolnavii purtători de cancer gastric (55%). Acest grup clinic este cel mai vulnerabil din cauza dereglărilor funcționale.

Poziția a doua în clasamentul apreciativelor pentru disfuncționările definite de tratamentele radicale revine bolnavelor cu tumori maligne de col uterin (57%).

Locul 3 în reitingul disfuncționărilor postintervenționiste revine bolnavelor cu neoplasme mamare (61%).

Pe locul 4 după intensitatea disfuncționărilor postoperatorii s-au referit bolnavii cu cancer pulmonar (62%).

Ultimii în acest clasament estimativ au fost bolnavii de cancer cutanee.

Așa dar, lotul bolnavilor agresați de cancer gastric s-a dedus cel mai greu afectat prin tratamentele de program radical, prezentând cele mai pregnante disfuncții fizice, integrative, emoționale, cognitive și socioinserționale.

Investigând în acest sens s-a reușit să se determine reitingul dereglărilor funcționale în fiecare din loturile desemnate de bolnavi canceroși (tab.27).

Tabelul 27

**Reitingul dezaranjamentelor funcționale prezentate
de bolnavii oncologici după tratamentele radicale**

Funcția	Apreciativul, %	Reitingul disfuncției
Emoțională	57	1
Fizică	60	2
Socială	62	3
Cognitivă	63	4
Integrativă	64	5

Din totalul de funcții afectate postagresional, cel mai profund este deteriorată sfera emoțională a bolnavilor oncologici (57%). Statutul emotiv este foarte labil, foarte sensibil și deci cel mai vulnerabil la toți bolnavii expuși acestor teste.

Paralel s-a investigat și spectrul de semnalmente clinice prezentate de bolnavii oncologici atât ca incidență, cât și ca intensitate de manifestare:

- ✓ fatigabilitate;
- ✓ dispnee;
- ✓ insomnie;
- ✓ constipație;
- ✓ diminuarea apetitului;
- ✓ nausee și vomă;
- ✓ dureri;
- ✓ diaree.

Dar, spre deosebire de gradația dereglărilor funcționale, pentru spectrul simptomatologic am adoptat un alt mod de evaluare: nota maximă se conformă unei expresii și incidențe maxime a semnelui examinat.

Astfel, s-a dedus cel mai înalt apreciativ pentru incidența maximă a semnelor de fatigabilitate printre bolnavii cu tumori mamare (50%) și la bolnavii de cancer pulmonar (50%) (tab. 28).

Tabelul 28

Evaluarea intensității de expresie a semnelor de fatigabilitate printre bolnavii oncologici ce au suportat tratamente radicale

Afectul canceros	Apreciativul, % pentru intensitatea semnelui	Reiting
Cancer mamar	50	1 – 2
Cancer pulmonar	50	1 – 2
Cancer gastric	47	3
Cancer de col și corp uterin	47	4
Cancer de piele	43	5

Semne dispeptice sub aspect de grețuri și vomă s-au înregistrat mai ales la bolnavii purtători de cancer gastric (tab. 29). Rezultatele tabelului au clasat pe locul secund după incidența simptomelor de nausee și vomă pe bolnavii cu tumori maligne de sân (10%).

Cu aceeași frecvență se produc aceste simptome la bolnavii de cancer pulmonar (7%) și la femeile cu neoplasme de col uterin (7%).

De remarcat, că nici un bolnav cu neoplasme de piele nu a prezentat semne de grețuri și vomă (0%).

Este evident și, probabil, firesc, că expresia și incidența acestor semne maladive să fie maxime la bolnavii cu cancer digestiv.

Tabelul 29

Apreciativele deduse pentru incidența simptomelor de nausee și vomă la bolnavii oncologici în perioada următoare tratamentelor radicale

Specia tumorală	Apreciativul expresiei simptomatice, %	Reiting
Cancer gastric	13	1
Cancer mamar	10	2
Cancer pulmonar	7	3
Cancer de col și corp uterin	7	4
Cancer de piele	0	5

Durerea, acest sinistru evocator al afectului canceros, ne-a preocupat atât ca incidență, dar mai ales ca intensitate de expresie în contextul diferitor sedii de neoplasme maligne. Din cele realizate am desprins că acesta a fost mai pregnant la bolnavii cu tumori de glandă mamară (tab.30).

Tabelul 30

Estimarea gradului de intensitate expresivă a sindromului dureros prezent la bolnavii oncologici după operația radicală

Specia tumorală	Expresia semnelui, %	Reiting
Cancer mamar	33	1
Cancer gastric	27	2 – 3 – 4
Cancer pulmonar	27	2 – 3 – 4
Cancer de col și corp uterin	27	2 – 3 – 4
Cancer de piele	17	5

Astfel pe primul loc ca intensitate de expresie a simptomelor dureroase persistente și după tratamentele radicale, s-au surclasat femeile cu neoplasme mamare (33%).

Pe locul 2, 3, 4 se situează, respectiv, bolnavii purtători de cancer gastric (27%), cancer pulmonar (27%) și cancer de col și corp uterin (27%).

Durerea a fost de expresie și incidență minimă la bolnavii cu neoplasme maligne de piele (17%).

Dispneea, precum era și firesc, s-a evidențiat drept “marcher” simptomatic al bolnavilor operați radical pentru cancer de pulmon (tab. 31).

Intensitatea expresivă a simptomului dispneic a bolnavilor cu neoplasme pulmonare, precum reiese din tabelul 31, este de 8 ori mai

înalță (57%) decât cea estimată pe fundalul cancerelor gastrice (7%), mamare (7%) și de tegument (7%), și de 19 ori mai pronunțată decât în cazul neoplasmelor de col uterin (3%).

Tabelul 31

Evaluarea gradului de expresie a simptomelor dispneice la bolnavii oncologici în perioada următoare intervențiilor de eradicare a procesului neoplazic

Specia tumorală	Expresia simptomatică, %	Reiting
Cancer pulmonar	57	1
Cancer gastric	7	2 – 3 – 4
Cancer mamar	7	2 – 3 – 4
Cancer de piele	7	2 – 3 – 4
Cancer de col și corp uterin	3	5

Insomnia este un simptom ce obsedează toți bolnavii oncologici după intervențiile de volum radical.

Deși afectează statutul somatic al tuturor bolnavilor oncologici (tab.32), insomnia este mai persistentă la bolnavii cu tumori gastrice (40%) și mamare (40%). Mai puțin insistentă se apreciază pe fundalul cancerelor pulmonare (37%) și cancerelor de col uterin (33%). Și cel mai puțin deranjantă este insomnia în cazul bolnavilor cu neoplasme de piele (17%).

Tabelul 32

Expresia simptomului prezentat de insomnie la bolnavii oncologici după tratamentele de formulă radicală

Specia tumorală	Apreciativul, %	Reiting
Cancer gastric	40	1 – 2
Cancer mamar	40	1 – 2
Cancer pulmonar	37	3
Cancer de col și corp uterin	33	4
Cancer de piele	17	5

Explorările ce au vizat calitățile *apetitului* au dedus că acesta se diminuează mai ales la bolnavii cu tumori maligne de gastru (tab.33).

Deci cel mai frecvent manifestă inapetență bolnavii cu neoplasme gastrice (40%). Ceva mai puțin pronunțat acest semn morbid se atestă la bolnavii de cancer pulmonar (39%) și cancer de glandă mamară (30%). Scăderea apetitului este un semn mai puțin caracteristic pentru bolnavii cu tumori uterine (27%) și cu afecte maligne de piele (23%).

Tabelul 33

Estimarea incidenței simptomului de inapetență la bolnavii operați radical pentru diferite afecte canceroase

Specia tumorală	Apreciativul, %	Reiting
Cancer gastric	40	1
Cancer pulmonar	30	2 – 3
Cancer mamar	30	2 – 3
Cancer de col și corp uterin	27	4
Cancer de piele	23	5

Precum am dedus din rezultatele studiului ce precizase incidența unui semn morbid – *constipația* – la bolnavii canceroși, acesta a fost mai incident în lotul constituit de bolnavii cu neoplasme gastrice (tab.34).

Tabelul 34

Evaluarea gradului de expresie a simptomelor de constipație la bolnavii ce au suportat tratamente de eradicare a neoplasmelor maligne

Specia afectului canceros	Apreciativul, %	Reiting
Cancer gastric	27	1
Cancer pulmonar	17	2
Cancer mamar	7	3 – 4 – 5
Cancer de col și corp uterin	7	3 – 4 – 5
Cancer de piele	7	3 – 4 – 5

Precum a evidențiat tabelul 34, constipația la bolnavii de cancer gastric are o incidență (27%) de 1,6 ori mai înaltă decât printre cei cu neoplasme pulmonare (17%) și de 3,9 ori – decât a femeilor operate pentru tumori mamare (7%), cancere de col uterin (7%) și cancerele de piele (7%).

În ceea ce privește utimul semn examinat de incidență printre bolnavii cu neoplasme maligne – *diareea*, atunci aceasta s-a înregistrat doar în două loturi de bolnavi oncologici (tab.35).

Tabelul 35

Incidența semnelor diareice printre bolnavii asistați în formulă radicală pentru cancere de diferit sediu

Specia tumorală	Apreciativul, %	Reiting
Cancer gastric	3	1 – 2
Cancer mamar	3	1 – 2
Cancer pulmonar	0	–
Cancer de col și corp uterin	0	–
Cancer de piele	0	–

Considerând faptul că expresia simptomelor examinate s-a dovedit diferită în funcție de sediul primar al neoplasmului malign, am calculat apreciative medii pentru totalitatea semnelor morbide examinate:

- fatigabilitate;
- insomnie;
- diminuarea apetitului;
- dureri;
- dispnee;
- constipație;
- nausee și vomă
- diaree.

Rezultatele de sumare specifică au relevat că expresia tuturor simptoamelor, produse după intervențiile radicale, a fost cea mai pregnantă la bolnavii cu neoplasme pulmonare (tab.36).

Tabelul 36

Apreciative medii pentru expresia de ansamblu a simptomelor remarcate la bolnavii oncologici după tratamentul radical

Specia tumorală	Medioapreciative pentru expresia simptomatică, %	Reiting
Cancer pulmonar	29	1
Cancer gastric	26	2
Cancer mamar	22	3
Cancer de col și corp uterin	19	4
Cancer de piele	14	5

Statistica imaginată de tabelul 36 a evidențiat că în funcție de incidența și expresia celor 8 simptome examinate pe primul loc se pot clasa bolnavii ce comportă cancere pulmonare (29%).

Pe poziția a doua se află bolnavii cu afecte maligne pe gastru (26%).

Locul III este atribuit femeilor cu neoplasme mamare (22%).

Locul patru – bolnavilor cu procese neoplazice pe colul uterin (19%).

Cel mai puțin exprimate s-au dedus aceste semne morbide la bolnavii cu afecte maligne la nivel de tegument (14%).

Din rezultatele explorărilor somatofuncționale în perioada următoare terapiei de eradicare combinată a procesului neoplazic grupul clinic cel mai vulnerabil sunt bolnavii cu cancere de plămân. Un grup relativ favorabil în aspect simptomatic sunt bolnavii de cancere dermcutanee.

S-a procedat și la o eșalonare a semnelor morbide examinate conform gradului de expresie a acestora în loturile desemnate de bolnavi oncologici (tab.37).

Tabelul 37

Reitingul de expresie a semnalmentelor prezentate de bolnavii oncologici la etapa următoare intervențiilor radicale

Simptome prezentate	Apreciative medii de expresie și incidență, %	Reiting
Fatigabilitate	47	1
Insomnie	33	2
Diminuarea apetitului	30	3
Dureri	26	4
Dispnee	26	4
Constipație	16	5
Nausee și vomă	7	7
Diaree	1	8

Semnul de fatigabilitate este cel mai incident simptom postintervenționist (47%) la bolnavii cu afecte canceroase. La categoria simptomelor ce afectează foarte frecvent starea clinică a bolnavilor ce au suportat cure de eradicare combinată a focarelor maligne se pot referi și insomnia (33%), și inapetența (30%). Concomitent am conchis că semnele clinice prezentate de constipație, nausee, vome, diaree nu sunt nici specifice și nici foarte incidente la bolnavii oncologici.

S-a realizat și o tentativă de evaluare a reitingului dificultăților socio-economice ce confruntă bolnavii oncologici considerând apartenența lor la un sau alt grup de afect canceroase (tab.38).

Tabelul 38

Reitingul gradului de intensitate a deficiențelor socio-economice ce confruntă bolnavii oncologici după tratamentele radicale

Specia tumorală	Intensitatea deficiențelor, %	Reiting
Cancer gastric	67	1
Cancer pulmonar	60	2
Cancer mamar	57	3
Cancer de col și corp uterin	50	4
Cancer de piele	40	5

Materialul statistic prezentat în tabel relevă că toți bolnavii oncologici resimt în perioada postradicală presiunea mai multor deficiențe socio-economice (financiare), care s-au dedus totuși de pregnantă mai semnificativă la persoanele ce suportă cancere gastrice (67%). Pe locul II după intensitatea deficiențelor socio-economice s-au clasat bolnavii operați pentru cancere de plămân (60%), locul III

ar reveni femeilor operate radical pentru cancere mamare (57%), urmează bolnavele cu neoplasm de col uterin (50%) și apoi persoanele prezentând cancere tegumentare (40%).

La evaluarea de ansamblu a parametrilor ce reprezintă Statutul global de sănătate și Calitate a vieții bolnavilor oncologici după curele de eradicare complexă dintre toate speciile canceroase examinate pe parcursul studiului inițiat apreciativul cel mai favorabil s-a enunțat pentru persoanele cu neoplasme cutanee (tab.39).

Tabelul 39

**Evaluarea Statutului global de sănătate și
Calitate a vieții bolnavilor oncologici
după tratamentele de eradicare a cancerelor**

Specia tumorală	Indicele apreciativ, %	Reiting
Cancer de piele	68	1
Cancer de col și corp uterin	63	2
Cancer gastric	55	3
Cancer pulmonar	55	4
Cancer mamar	52	5

Nota maximă pentru Statutul global de sănătate și Calitate a vieții în perioada următoare tratamentelor de eradicare canceroasă s-a atribuit bolnavilor cu neoplasme de piele (68%).

Aceștia sunt secundați de bolnavele cu neoplasme de col uterin (63%).

Locurile trei și patru s-au atribuit bolnavilor cu diagnosticul de cancer gastric (55%) și cancer pulmonar (55%).

Bolnavele cu neoplasme ale glandei mamare s-au situat ultimele în acest clasament (52%).

Cele deduse ne-au decis să inițiem o clasificare a indicatorilor Statutului global de sănătate/Calitate a vieții conform unor apreciative de 4 nivele:

I nivel – nivel optim – 70–80%

II nivel – nivel medio-favorabil – 60–70%

III nivel – nivel moderat favorabil – 50–60%

IV nivel – nivel defavorabil – < 50%

Astfel doar pentru pacienții ce reprezintă grupul de cancere de piele s-a putut deduce un nivel medio-favorabil al parametrilor Statutului global de sănătate / Calitate a vieții. De vreme ce pentru

loturile ce includeau persoane cu neoplasme pulmonare și gastrice s-au emis apreciative de nivel moderat favorabil conform Statutului fizic și indicilor de Calitate a vieții.

Așadar în urma cercetărilor de evaluare complexă asupra Statutului global de sănătate și Calitate a vieții după numeroase parametre reprezentative, s-u emis următoarele concluzii:

- cele mai pregnante dezaranjamente fizice, integrative, emoționale, cognitive și sociale dezvoltă în perioada următoare tratamentelor radicale bolnavii cu neoplasme gastrice (55%);
- reitingul disfuncționării ce caracterizează bolnavii oncologici avuți sub observație a definit că cea mai afectată funcție este cea psihoemoțională;
- expresia simptomelor aparente după tratamentele de eradicare neoplazică a fost de maximă pregnanță la bolnavii de cancer pulmonar (29%);
- evaluarea celui mai expresiv și incident semn printre bolnavii oncologici a dedus că acesta ar fi fatigabilitatea, prezentă la 47% din aceștia;
- în cazul pacienților intestinali reitingul deficiențelor socio-economice ce confruntă bolnavii cu diferite sedii neoplazice, relevă cele mai pregnante probleme la bolnavii cu tumori gastrice (67%);
- evaluarea indicilor globali de stare a sănătății și de calitate a vieții a bolnavilor oncologici operați în volum radical pentru neoplasme maligne de diferită localizare a evidențiat și diferite nivele ale parametrilor statutare examinate, deaceia s-a procedat la ordonarea lor conform unor apreciative de 4 nivele graduale, care sunt de mare valoare pentru emiterea concluziilor de expertiză profesiografică exactă.

CAPITOLUL VIII

ASISTENȚA MEDICO-SOCIALĂ A BOLNAVILOR ONCOLOGICI

8.1. PRINCIPIILE AJUTORULUI MEDICO-SOCIAL AL BOLNAVULUI ONCOLOGIC

Orice boală, mai ales una grea și de lungă durată este însoțită de simptome concrete (febră, durere, dispnee, inapetență, etc.), limitarea activității fizice și posibilității de autodeservire, dereglarea satisfacerii necesităților vitale (nutriția, ingestia lichidelor, eliberarea intestinului și a vezicii urinare etc).

O dată cu tratamentul propriu-zis, bolnavul are nevoie de o îngrijire corectă (regim fizic, condiții sanitaro-igienice, alimentație, ajutor la satisfacerea necesităților vitale și efectuarea diferitelor proceduri).

În afară de aceasta, tratarea multor boli cronice intercurrente poate fi agravată de obișnuințele dăunătoare (fumatul, consumul abuziv al alcoolului, ceaiului, cafelei, al unor mâncăruri), starea psihoemoțională negativă. E important a depista acești factori și a-i elimina, aceasta fiind o sarcină a îngrijirii bolnavului. Regimul activității fizice al bolnavului depinde de gravitatea bolii. Poziția bolnavului în pat poate fi activă, dacă bolnavul e capabil să se întoarcă singur, să se scoale din pat, să șadă, să umble, și trebuie să fie pasivă, dacă bolnavul nu poate îndeplini aceste acțiuni. Deseori bolnavii sunt nevoiți să ocupe o anumită poziție pentru a-și ușura suferințele. De exemplu pe șezute sau semiculcat în dispnee, mai ales cea cu caracter de criză.

Repausul la pat asigură o folosire mai economicoasă a puterilor bolnavului și sporirea posibilităților de rezervă a organelor de importanță vitală.

Imobilitatea fizică de lungă durată, însă, este însoțită de un șir de consecințe negative. Dezantrenarea fizică, mai ales la persoanele de vârstă medie și avansată, este un factor (unanim acceptat) care înlesnește instalarea afecțiunilor asociate ale plămânilor, metabolismului, sistemului

cardiovascular. Observațiile speciale au arătat că și la oamenii sănătoși repausul fizic prelungit conduce la reducerea eficienței activității inimii și a respirației, la scăderea tonusului muscular, la dereglări metabolice. Într-o măsură mai mare sunt afectați în acest caz bolnavii.

Este demonstrat, că repausul prelungit favorizează scăderea tonusului muscular, dereglarea reflexelor fiziologice, încetinirea circulației sângelui, sporirea timpului de coagulare a sângelui, înlesnește apariția complicațiilor. Apar firește, pneumonii cu caracter stagnant, boli ale venelor (tromboze venoase), atrofia musculară, modificările articulațiilor, dereglarea funcțiilor intestinului, vezicii urinare, apar escare. Astfel, regimul prea strict de repaus fizic, în loc de folos, poate aduce daune, încetinind procesul restabilirii sau menținerii sănătății.

Iată de ce, la momentul actual, medicii scurtează termenii repausului la pat, indicând cât mai curând activitatea fizică, autodeservirea și antrenamentul fizic. La tratarea activă a bolnavului se restabilește mai repede potențialul vital de rezervă și nu apar complicațiile menționate mai sus. Este vorba de așa-numita reabilitare fizică, ce face parte din complexul de măsuri medicale, profesionale și social-economice, având ca scop restabilirea activității de muncă, de viață și sociale a bolnavilor. Aceste măsuri sunt înfăptuite, desigur, sub supravegherea medicului în condiții de staționar, policlinică, sanatoriu, dar mult depinde și de regimul activității fizice în condiții casnice.

Membrii familiei sau îl prea tutelează pe bolnav, scutindu-l de orice obligații și mișcări, sau, din contra, nu-i acordă atenția cuvenită. Nu sunt raționale nici una, nici alta. Dar cum se poate determina ce măsură a activității fizice va fi adecvată stării bolnavului? Cum se poate stabili la ce efort vor rezista sistemele fiziologice ale organismului, fără a depăși posibilitățile funcționale ale bolnavului.

Până în ultimul timp, această problemă era rezolvată de medici, în mare măsură subiectiv, recomandând bolnavului să execute doar acele mișcări ce nu-i provoacă simptome patologice, de exemplu dispnee sau durere. Acum a apărut posibilitatea de a aprecia cantitativ posibilitatea de lucru fizic a oricărui bolnav, indicându-i eforturi sporite treptat. În același timp este determinat sau efortul suportabil, sau necesitatea de energie pentru îndeplinirea lui, exprimat prin cantitatea

de oxigen sau de calorii consumate. Pe de altă parte, fiziologii au calculat consumul de energie la efectuarea diferitelor feluri de lucru.

Apreciind posibilitatea bolnavului de a îndeplini eforturi de o putere anumită și, știind consumul energetic în diferite eforturi, se constată obiectiv care din ele sunt accesibile bolnavului respectiv. Se știe, de exemplu, câtă energie se consumă la autodeservire (îmbrăcare, spălare, întoarcere în pat, mâncare, curățare a încălțăminte, îmbrăcăminte), la mers, urcare pe scări etc. De aici altă cale de determinare a posibilității de lucru fizic.

Dacă bolnavul este capabil să meargă cu viteză medie și să urce un etaj, îi sunt accesibile toate felurile de autodeservire și unele feluri de eforturi cotidiene (pregătirea bucatelor, măturatul și altele). Desigur, numai medicul determină regimul de mișcări. În afară de cazurile de înrăutățire a sănătății (acces de durere sau dispnee), bolnavul e capabil să se spele, să se bărbiească, să se pieptene, să citească. Firește, pentru aceasta trebuie să fie create condiții corespunzătoare (rezemătoare pentru cap (val, pernă), măsuță specială). În caz de repaus parțial la pat bolnavii cronici sunt antrenați la executarea unor mișcări facile de autodeservire, care sunt extinse treptat, la gimnastică curativă (de exemplu cea respiratorie), gimnastica igienică (cu condiția controlului stării bolnavului).

Cu mult mai complicate devin obligațiunile persoanei ce îngrijește bolnavul, când acesta este imobilizat la pat și are o poziție pasivă sau forțată, bunăoară în cazuri de inconștiență, paralizie, slăbiciune bruscă.

Îngrijirea bolnavului la domiciliu nu presupune numai susținerea funcțiilor fiziologice ale organismului și ameliorarea stării suferindului, ci și contribuie activ la procesul întremării sănătății lui, restabilirii capacității sale de muncă. Desigur, scopurile pot fi diferite: restabilirea capacităților de exercitare a funcției la locul de lucru precedent sau la varianta sa facilitată, de autodeservire, de îndeplinire a unor funcții casnice. Experiența reabilitării medicale a bolnavilor oncologici (profil mamologic) arată că circa 75% din ei își recapătă capacitatea de muncă. Acest fapt mărturisește despre posibilitățile mari compensatorii ale organismului, care trebuie folosite și dezvoltate.

8.2. AJUTORUL MEDICO-SOCIAL A BOLNAVULUI ONCOLOGIC ÎN CONDIȚIILE DOMICILIULUI

O problemă importantă este de a afla dacă bolnavul dorește să meargă acasă după externare. Mulți bolnavi oncologici au dorința să se întoarcă acasă, dar se tem să nu-și împovăreze familiile, altora le e frică să părăsească spitalul. Dacă bolnavul este îngrijorat de plecarea acasă, e nevoie de a-l susține, de a discuta despre temerile lui cu cei apropiați.

Astfel, primul pas este de a iniția pacientul în toate planurile.

8.2.1. *Pot fi oare învinse simptomele personale în condiții casnice?*

Membrii familiei trebuie să chibzuiască bine, vor putea ei oare învinge simptomele bolnavului acasă. Puteți începe de la o întâlnire cu medicul de familie (sau membrii brigăzii de îngrijire) pentru a clarifica dacă pot fi controlate în condiții casnice simptomele pe care le are pacientul sau cele care pot surveni eventual. Gravitatea și tipul simptomelor variază în mod individual, însă Dvs puteți constata că problemele membrului familiei pot fi rezolvate și la domiciliu. Este de folos a consulta sora medicală îngrijitoare a pacientului despre nivelul îngrijirii necesare.

8.2.2. *Este oare capabilă familia să îngrijească un bolnav oncologic?*

Dacă s-a constatat că bolnavul poate fi îngrijit la domiciliu, e nevoie de a determina posibilitățile fizice și emoționale ale familiei respective de a înfrunța boala. De obicei, trebuie elucidate următoarele aspecte:

- locul pentru amplasarea patului bolnavului și a altor obiecte necesare;
- posibilitățile fizice pentru a îngriji bolnavul;
- cum vor putea fi îndeplinite unele manipulări care cer participarea mai multor persoane, ajutorul altor membri ai familiei (întoarcerea, deplasarea bolnavului, acordarea ajutorului în timpul nopții);
- vor participa oare toți membrii familiei la îngrijirea bolnavului?
- o întrebare intimă;
- care va fi reacția bolnavului și a membrilor familiei în momentele de igienă personală;

- ce urmări sau ce risc poate avea îngrijirea bolnavului?
- pot fi oare stăpânite reacțiile emoționale ale bolnavului? Dacă în familie sunt copii, e necesar a hotărî: ce informație vor avea ei și care va fi participarea lor la îngrijire. Dacă copiii sunt foarte mici, atât timp cât bolnavul este acasă, veți avea nevoie de ajutor adăugător.

În aceste condiții pot să apară o mulțime de alte probleme. Una dintre căile rezolvării lor este de a invita specialiștii de îngrijire, pentru a discuta.

8.2.3. Cât poate ajuta mediul ambiant?

Răspunsurile la întrebările de mai sus vor facilita alegerea modalităților mai convenabile de îngrijire.

Familia nu este izolată în procesul de îngrijire a bolnavului la domiciliu. Spitalul este posibilitatea inițială și, probabil, și cea mai implicată în planificarea stadiilor externării. E de folos discuția cu toți membrii grupului curativ, inclusiv cu medicul, îngrijitoarele, internistul și lucrătorii asigurării sociale. Să nu vă sperie faptul că aveți o localitate mică, cu posibilități minime de deservire. Există câteva instanțe cu care puteți contacta efectiv, și anume:

- 1) medicul generalist (medicul de familie), care poate dirija îngrijirea pacientului și programul medical;
- 2) personalul spitalului local, care vă poate propune un ajutor centralizat.

De reținut: deservirea medicală și socială descrisă parțial în acest paragraf nu este numai o modalitate a îngrijirii la domiciliu. Dacă rudele sau prietenii sunt gata să vă vină în ajutor, propuneți-le să facă ceva ușor, dar cu caracter regulat, chiar dacă este vorba de pregătirea ceaiului sau a supei. Pacienții credincioși vor fi bucuroși să contacteze cu preotul.

8.2.4. Planificarea îngrijirii la domiciliu

După ce pacientul este externat din spital, el poate să frecventeze oncologul-reabilitolog sau staționarul de zi al policlinicii. Personalul spitalului va organiza transportarea pacientului în ziua externării și îi va face cunoștință cu medicul de sector al policlinicii. În comun se va stabili orarul îngrijirilor la domiciliu, necesitățile pacientului, problemele terapiei și profilaxiei, necesitățile zilnice. Îngrijitoarea este invitată înainte

de externare și i se va explica modul de îngrijire (spălarea, întoarcerea etc.) a suferindului; porțiunile și frecvența luării medicamentelor, inclusiv a analgezicelor indicate pacientului.

E nevoie de a determina care din posibilitățile deservirii medicale locale sunt bune pentru bolnav și în ce măsură are nevoie de ele. Cu timpul familia va observa că bolnavul are mai puțină nevoie de unele feluri de ajutor (centrul de reabilitare, staționarul de o zi, policlinica). Astfel, nu e necesar a întocmi un program rigid chiar în momentul externării.

Programul îngrijirii bolnavului la domiciliu, posibil, va fi primul contact cu instituțiile de asistență medicală care sunt capabile să vă ajute. Serviciile îngrijirii la domiciliu includ: (îngrijitoare externe sau din familia pacientului), executarea lucrului de menaj, pregătirea mâncării, transportarea și asigurarea cu utilaj medical (aparataj portativ cu acțiune magnetică și electrică) etc.

Programul îngrijirii la domiciliu a bolnavilor de cancer în Moldova diferă în cadrul orașelor, județelor și satelor. Specialiștii Institutului Oncologic sau ai spitalului principal județean pot informa ce program este prevăzut în anumite localități și de ce fel de servicii puteți beneficia la nivel teritorial de ocrotire a sănătății.

În unele cazuri Programul îngrijirii la domiciliu poate stabili numărul lunar de vizite ale îngrijitoarelor sau altui personal medical. Pacienții care iau analgezice ce conțin substanțe narcotice trebuie să fie supravegheați de îngrijitoarele externe, chiar dacă administrarea medicamentelor este controlată de familie și chiar dacă nu e nevoie de alt ajutor.

8.2.5. Îngrijitoarele externe (asistenții sociali)

Îngrijitoarele externe dau instrucțiuni membrilor familiei relativ la îngrijirea pacientului. Dacă aveți temeri privind executarea unor acțiuni concrete sau respectarea regimului, îngrijitoarea vă poate ajuta într-un șir de probleme: procedurile igienice, luarea medicamentelor, schimbarea lenjeriei, îmbrăcămintei.

Cât de indispensabile vor fi serviciile îngrijitoarei va depinde de necesitățile și doleanțele pacientului și ale familiei de a participa la îngrijirea personală. Unii pacienți nu vor să fie scăldați de membrii familiei, nu vor să facă injecții.

În sfârșit, îngrijitoarele externe vă pot da un sfat util și vă pot acorda susținere morală în timpul îngrijirii omului drag. Mulți din acei care au experiența îngrijirii la domiciliu, știu cât de mult calm aduce îngrijitoarea. Deosebit de importanți sânt asistenții sociali pentru bolnavii singuratici, fără familii.

8.2.6. Organizațiile curative private

Există multe organizații private care pot propune ajutor familiilor care îngrijesc bolnavul la domiciliu. Dacă nu v-ați folosit niciodată de serviciile private de îngrijire, e util să știți că ele vă pot acorda un ajutor non-stop. Îngrijitoarele înregistrate, sau îngrijitoarele de serviciu private vă pot facilita pe un anumit termen îngrijirea pacientului și lucrul de menaj.

Unele organizații de asigurare sau eventualii sponsori pot acoperi cheltuielile pentru îngrijitoare private.

8.2.7. Alte organizații medicale sau de binefacere

Crucea Roșie, organizațiile de caritate, vă pot împrumuta utilajul necesar, de regulă pe gratis, inclusiv scaune-cărucioare, bastoane, căpătaie, noptiere, scaune pentru baie și tualetă. Crucea Roșie prestează, de asemenea, servicii la domiciliu în multe teritorii. De aceste servicii puteți beneficia contactând cu Programul îngrijirii la domiciliu al bolnavilor de cancer de pe lângă Institutul Oncologic. Societatea “Combaterea Cancerului” din Moldova poate acorda ajutor familiei în unele cazuri, chiar când ea nu este membru al societății. Serviciile diferă în dependență de localitate, dar pe alocuri programele acestei societăți sânt destul de efective.

8.2.8. Revenirea pacientului acasă

În ziua când omul apropiat bolnav este adus din spital, în familia lui apar noi probleme de responsabilitate mare. Bolnavul are nevoie de siguranță în situația nouă. Chiar dacă își iubește mult familia, el înțelege că a pierdut garanția regimului obișnuit de spital. Pe pacient îl pot irita cei ce-l îngrijesc, posibil din cauza temerilor și neliniștii.

Se recomandă a pregăti din timp camera pentru bolnav. Hotărârea unde va fi amplasat patul va depinde în mare măsură de dorința lui

proprie. Va dori el să contacteze cu familia deseori sau mai rar? Dacă are greață, mirosul bucatelor îl poate irita, de aceea nu alegeți locul aproape de bucătărie. Pe de altă parte, dacă pacientul are o fire sociabilă și îi place vederea prin fereastra din salon, e bine să amplasați patul lui aici (dacă ceilalți membri ai familiei nu sunt contra). Ar fi argumentată practic amplasarea patului alături de camera de baie.

Câți oameni trebuie să asiste la revenirea acasă a pacientului? Unii se vor bucura de o mică sărbătoare. Pentru alții ar fi dorită o reîntoarcere liniștită.

Transportarea la domiciliu în ziua externării poate fi organizată prin coordonatorul Programului îngrijirii la domiciliu. Dar familia îl poate aduce pe bolnav cu transportul propriu.

8.3. PRICEPEREA DE A ÎNVINGE SIMPTOAMELE

8.3.1. Respirația superficială

Respirația accelerată poate surveni din cauza procesului morbid sau din cauza că pacientul este slăbit și nu poate respira profund. În așa situație e nevoie de determinat, care e poziția cea mai comodă pentru pacient. Dacă se simte mai bine pe șezute sau semiculcat ar fi valabilă varianta unui fotoliu-pat, sau a unui fotoliu adânc cu suport, în care bolnavul ar putea dormita la poziție verticală sau semiverticală. Ar fi bine ca mobila să fie acoperită cu cuverturi de flanelă.

Dacă aerul în cameră e uscat, trebuie prevăzută folosirea umezitorului. În cameră trebuie să fie destul de cald.

Dacă bolnavul are respirația mai îngreunată ca de obicei, folosiți medicamentele ce deschid căile respiratorii și micșorează pericolul apariției dispneei.

8.3.2. Ajută oare oxigenul? Perna de oxigen

Oxigenul poate ajuta bolnavul, însă e nevoie de a consulta medicul. Poate da instrucțiuni și îngrijitoarea externă. Suferindul n-are nevoie permanentă de oxigen. Însă, în momentele de efort (scularea pentru spălat) poate apărea dispneea. În aceste cazuri oxigenul poate fi de

folos. Nivelul de comoditate a bolnavului este cel mai bun criteriu de determinare a frecvenței folosirii oxigenului.

8.3.3. Expectorăția abuzivă din căile respiratorii

Există metode de control a expectorației, pe care le pot ușor îndeplini membrii familiei. De exemplu, bolnavul este culcat pe o parte (spatele este rezemat de perne).

Pot ajuta antibioticele, prescrise contra bronșitei cronice sau a pneumoniei hipostatice. Chiar dacă aceste medicamente nu acționează direct asupra secreției, ele înlesnesc expectorația și bolnavul se simte mai ușor. Dacă pacientul nu este în stare să tușească sau să se elibereze de secreție și acest fapt îl incomodează, un sfat bun poate da îngrijitoarea. Ea poate recomanda inhalatii și poate îndeplini procedura la domiciliu sau îi poate învăța să facă acest lucru pe membrii familiei.

8.3.4. Greăța și voma

Un alt simptom al afecțiunilor tumorale este greăța care poate fi însoțită de vomitare. Greăța poate fi provocată de însăși boală, de stomacul sensibil sau de constipație. Chiar dacă unii bolnavi se simt mai bine luând medicamente sub formă de siropuri plăcute, aromatizate, ultimele pot deranja stomacul. În aceste cazuri medicul poate prescrie mixturi fără miros, pastile ori alte forme de tratament (supozitoare, injecții). Utilizarea medicamentelor contra greții cu o jumătate de oră înaintea analgezicelor poate diminua efectul secundar. Există un șir de medicamente contra greții care acționează în diferite direcții. Uneori medicamentele contra greții, recomandate de seria de tratament general, trebuie combinate.

Oamenii care suportă mai bine vomitarea decât greăța au nevoie să vomite cel puțin o dată pe zi, ca să micșoreze tensiunea în stomac și intestin (obstacolele din intestin în ultimele stadii ale procesului malign). Dacă bolnavul vomită regulat, se poate presupune, că există obstacole în intestin. În așa caz e nevoie de revenirea pacientului în spital.

8.3.5. Scăderea poftei de mâncare

Bolnavul de cancer simte slab foamea și setea. El nu este activ fizic și are nevoie numai de acea cantitate de hrană ca să se simtă

relativ bine. Gustările mici și dese servite plăcut, pot fi mai apetisante decât trei mâncări mari. Trebuie gătitе bucatele ce-i plac omului (sau pe care le suportă mai bine), fără a se îngriji prea mult de asigurarea unui regim special. Porții mici de paste făinoase, carne înăbușită, budincă, înghețată sau brânză de vaci sunt indicate, dacă pacientul mestecă și înghite cu greu.

Dacă bolnavul nu suferă mâncarea solidă, e nevoie de alimentație lichidă (cocteiluri cu conținut ridicat de proteină – cumpărate sau făcute acasă – cocteiluri din lapte cu gălbenuș). Dacă până la boală îi plăceau băuturile alcoolice și încă le mai poate suporta, îi puteți propune să bea ceva. Cât privește mâncarea, ar fi mai bine de determinat, dacă este suficientă și cât de bine o poate suporta bolnavul.

Dacă ați observat că organismul bolnavului este deshidratat, îi puteți ușura mult simptomele neplăcute care însoțesc această stare umezindu-i gura și buzele uscate. Bucățile de gheață și suc congelat pot aduce o ușurare considerabilă în acest sens. Poate ajuta chiar ștergerea feței cu un șervețel umed. Dacă buzele pacientului sunt uscate și crăpate, ungeți-le cu lapte sau vaselină.

8.3.6. Constipația

O problemă destul de complicată a oamenilor cu boli oncologice este constipația. Ea poate fi provocată de dezvoltarea maladiei, de insuficiența mișcării și de consumul narcoticelor. Pot favoriza constipația unele analgezice. Micșorarea dozelor, pentru a evita constipația, nu este o soluție reușită. Cea mai bună cale este de a leui constipația prin dietă intestinală (în funcție de mâncarea suportată de bolnav). Sucul de prune, pâinea de făină integrală și din crupe (1–3 linguri de fulgi de ovăz cu suc de mere sau brânză de vaci) sunt elemente folositoare. Chiar dacă pacientul nu mănâncă, peristaltismul intestinal crește și starea bolnavului se ameliorează. În general pacientul se simte bine, dacă, cel puțin, o dată în trei zile intestinul se eliberează. Dacă au trecut mai mult de trei zile, situația trebuie discutată cu medicul sau îngrijitoarea. Pacientul poate avea nevoie de supozitor sau de clismă pe care o va face persoana aleasă de bolnav (sora medicală sau un membru al familiei).

Unii bolnavi au nevoie de clisme o dată în două sau trei zile.

Mulți pacienți folosesc purgative, care trebuie prescrise din momentul începerii terapiei analgezice. De obicei, oamenii care iau analgezice, trebuie să ia și purgative, să consume mai mult lichid.

Ca și la administrarea analgezicelor, doza purgativului va depinde de faptul cum acționează medicamentul asupra bolnavului. De obicei purgativele și medicamentele ce înmoaie scaunul trebuie luate seara.

Cantitatea purgativului poate fi ușor variată, deoarece nu e totdeauna nevoie de a curăța forțat tubul digestiv.

Dacă bolnavul evită toaleta, fiindcă îi este greu să meargă în camera de baie, constipația se poate accentua. În așa caz se folosește plosca. Se pot, de asemenea, folosi scăunașe și scaune de WC care se ridică și exclud necesitatea de a se apleca.

8.3.7. *Insuficiența controlului funcției intestinului și a vezicii urinare*

Unii bolnavi suferă de incontinență sau de slăbirea controlului asupra funcției intestinului și a vezicii urinare.

În caz de incontinență intestinală, se recomandă a curăța intestinul o dată în două zile cu clisma.

În mod analogic incontinența urinei poate fi ameliorată cu ajutorul sondei uretrale. Sonda este introdusă în uretră și urina se scurge într-un recipient special. Sonda uretrală este atașată la penis și se unește cu recipientul. Avantajul principal al sondei este de a exclude necesitatea de a schimba mereu scutecul. Dacă bolnavul refuză introducerea sondei, singura soluție este folosirea scutecelor, care vor fi schimbate foarte des. În același timp e nevoie de a observa eventuala inflamație a pielii (macerarea), cauza căreia poate fi presiunea și contactul cu urina.

Cremele protectoare ce conțin oxid de zinc și silicon pot preveni inflamația pielii. Ele pot fi aplicate, la nevoie, de către membrii familiei. Pot fi folosite, de asemenea, chiar mai ușor pulverizatoarele de silicon cu oxid de zinc. Curățenia genitalilor este importantă pentru pacient: poate preveni iritarea și inflamația pielii, precum și numeroasele complicații de etiologie infecțioasă.

Uneori bolnavii pot deveni timizi, în urma bolii sau a acțiunii medicamentelor pe care le iau. Este foarte important de a informa

despre acest efect asociat medicul sau sora medicală. Ei pot coordona și prescrie tratamentul în așa mod, ca să reducă la minimum acest efect.

Însă, timiditatea ca simptom al bolii precedente, în unele cazuri se înlătură greu. Uneori pacientul se poate supăra, dacă veți încerca să-i schimbați starea psihologică. Timiditatea obsesivă ca simptom patologic necesită supravegherea continuă a bolnavului, poate chiar revenirea lui la spital.

8.4. ÎNGRIJIREA DE BAZĂ (DUPĂ “CLASIFICATORUL ACTIVITĂȚILOR ZILNICE” – “ACTIVITY OF DAILY LIVING”)

8.4.1. *Camera bolnavului*

E de dorit a pune la dispoziția bolnavului o cameră aparte. Dacă această posibilitate nu există, trebuie să i se ofere bolnavului partea cea mai bună a camerei, separând-o cu o perdea sau un dulap. În cameră trebuie să fie totdeauna aer curat și proaspăt și temperatura optimă (18–20°C). Pentru aceasta încăperea trebuie să fie aerisită regulat. Pe timp rece, fereastră trebuie deschisă nu mai rar de 3–4 ori pe zi, pe 20–30 min, bolnavul în acest moment este învelit bine. Vara, fereastra sau fereastră trebuie să rămână deschise permanent, însă fără a crea curent. În timpul procedurilor camera trebuie să fie iluminată suficient. Dereticarea trebuie făcută cel puțin o dată pe zi, pentru a nu admite acumularea prafului. Fereastra sau fereastră în acest moment rămân deschise.

8.4.2. *Așternutul*

E de dorit ca patul bolnavului să fie amplasat cu capătul la perete, în mijlocul camerei (nu de-a lungul peretelui sau în colț) pentru a asigura accesul liber la el din toate părțile. Dintr-o parte, lângă capătul, trebuie pusă o măsuță pentru medicamente, termometru, vas cu apă, veselă; din partea opusă – o noptieră cu literatură și lampa de masă. În noptieră se pot păstra obiectele de îngrijire, de toaletă, medicamentele. Așternutul bolnavului trebuie să fie totdeauna curat și proaspăt.

Poziția obișnuită a bolnavului în pat este cea orizontală, cu partea de la cap ridicată ușor. În cazul hipertensiunii arteriale se recomandă

poziția capului mai ridicată, în cazul hipotensiunii – mai joasă. În caz de dispnee, mai ales de asfixie, se recomandă poziția semiculcată (sub perne se pune o rezemătoare pentru cap sau scânduri, o valiză). Pentru a preveni alunecarea bolnavului, este folosit un suport pentru picioare. Uneori e nevoie de poziția ridicată a picioarelor, de exemplu în dilatarea varicoasă a venelor. În acest caz, sub genunchi este pusă o pernă. Trebuie să fie asigurată mereu poziția cea mai comodă a bolnavului în pat. Dar, bolnavul nu trebuie lăsat, pentru mult timp, în aceeași poziție. Uneori bolnavul trebuie să se întoarcă pe altă parte, să se așeze, cu permisiunea medicului.

Așternutul trebuie schimbat cel puțin o dată pe săptămână. Starea unor bolnavi permite să fie temporar mutați pe alt pat. Astfel va fi posibil nu numai a schimba fețele de pernă și cearșafurile, ci și a curăța și a îndrepta salteaua. Bolnavul poate fi mutat de un singur om, luându-l cu mâna dreaptă de sub omoplați, iar cu cea stângă – de sub coapse. Bolnavii grei trebuie transportați de doi oameni: unul îl ține de sub cap și omoplați, celălalt – de regiunea lombară și de coapse, bolnavul este ridicat de ei în același timp. Pentru a schimba cearșafurile la bolnavi, e nevoie, de obicei, de două persoane. Aceasta se poate face prin mai multe metode.

Prima metodă. Capul bolnavului se ridică și partea de sus a cearșafului este strânsă spre regiunea lombară. Apoi se ridică picioarele și se strânge cealaltă parte a cearșafului, pe urmă el este tras ușor de sub bolnav. Sub partea lombară este pus un cearșaf curat, strâns în suluri din două părți, apoi el este desfăcut în două direcții – spre cap și spre picioare.

A doua metodă. Bolnavul este întors pe o parte spre o margine a patului. De pe partea liberă a patului cearșaful este strâns sul, pe locul eliberat este pus cearșaful curat strâns sul. Bolnavul este întors pe cealaltă parte. Cearșaful este strâns, iar cel curat este desfăcut pe cealaltă parte a patului. Dacă bolnavul poate sta pe șezute, se schimbă partea de la cap a cearșafului, apoi – partea de la picioare.

8.4.3. Igiena bolnavului

E nevoie de îngrijit pielea, părul, unghiile, cavitatea bucală, urechile, ochii și perineul bolnavului.

În fiecare zi, dimineața și seara, bolnavul trebuie să se spele pe față, gât și pe mâini cu apă de temperatura camerei și săpun. Dacă starea bolnavului permite, el este așezat în pat și își face toaleta de sine stătător. Bolnavul se șterge cu ajutorul tampoanelor sau a buretelor udate în apă cu rachiu sau apă de colonie. În afară de aceasta grav bolnavii trebuie să fie șterși pe tot corpul cu spirt camforat, mai ales în plicile inghinale, în axilă și sub glandele mamare la femei. Înainte de fiecare masă, mâinile bolnavului trebuie spălate cu săpun. Unghiile la mâini și picioare trebuie tăiate. După fiecare dereticare umedă pielea bolnavului trebuie ștersă cu un șervet curat și uscat.

Bolnavii de greutate medie cel puțin o dată pe săptămână sunt spălați în baie sau, mai bine, sub duș, conform recomandărilor medicului. Cada este umplută pe jumătate cu apă de temperatura 35–37°C. Bolnavul este ajutat să-și spele capul, spinarea etc.

Bolnavii puțin slăbiți, sunt spălați în pat, punând o mușama sub cearșaf. Mai întâi sunt spălate partea de sus a corpului, apoi abdomenul, coapsele, picioarele.

O sarcină importantă a îngrijirii la domiciliu este profilaxia escarelor, care pot apărea la grav bolnavii oncologici de cele mai multe ori în regiunea osului sacral, mai rar pe omoplați, călcâie, la ceafă și în alte locuri, unde țesuturile moi sunt presate între os și pat. Pentru prevenirea escarelor e necesar a schimba poziția bolnavului în pat la fiecare două ore; a spăla cu apă caldă și săpun eventualele locuri de apariție a decubitusurilor, apoi a le șterge cu spirt camforat; a așterne cu acuratețe patul, ca să nu se formeze cute pe cearșaf; ameliorarea circulației sângelui în extremități prin mișcări pasive sau, mai bine, active; la tumefierea pielii, locul se spală și se unge de 1–2 ori pe zi cu soluție 5–10% de permanganat de kaliu; se pune un colac de cauciuc umflat astfel ca locul escarei să se afle deasupra găurii lui și să nu se atingă de așternut.

E important a menține un aspect exterior îngrijit al bolnavului. Se recomandă a-i reteza scurt părul, a se bărbierii în fiecare zi etc. Se recomandă bărbieritul cu aparatul electric care poate fi efectuat de bolnav. Părul trebuie pieptănat în fiecare zi.

Ochii se spală mai bine cu un tampon de vată sterilă, muiat în soluție de acid boric (o linguriță de ceai la un pahar de apă fiartă). La

apariția în urechi a cerumenului, în conductul auditiv extern se pun câteva picături de soluție caldă 3% de peroxid de hidrogen, apoi urechea se usucă atent cu o meșă de vată. La greutatea respirației nazale în urma formării crustei uscate, în nară este introdusă o meșă cu vaselină borică sau ulei, care duce la înmuierea și căderea crustei.

Obiectele de igienă (urinarul, plosca etc.) trebuie menținute curate, fiind folosite calde.

Fiecare îngrijitor trebuie să știe să măsoare și să aprecieze corect temperatura, frecvența pulsului și a respirației. Temperatura normală a corpului oscilează între 36°C până la 36,9°C seara. Creșterea temperaturii (febra) este, de obicei, însoțită de dureri de cap, slăbiciune, dureri osoase surde, pot apărea frisoane și hiperhidroză. La scăderea temperaturii se observă slăbiciune bruscă și răcirea pielii. Are importanță ridicarea temperaturii chiar cu câteva zecimi de grad.

Înainte de măsurarea temperaturii termometrul trebuie să fie scuturat energic, până când coloana de mercur coboară la nivelul de 35°C. Apoi termometrul este pus în fosa axilară uscată. Bolnavul strânge brațul și ține termometrul timp de 8–10 min. După folosire termometrul trebuie șters cu spirt sau cu apă de colonie și pus în teacă. Temperatura se ia, de obicei, de două ori pe zi. La orele 8 și 19. La bolnavii oncologici slăbiți temperatura poate fi luată și prin anus. Pentru aceasta capătul termometrului este uns cu vaselină și introdus la adâncimea de 2–3 cm. Trebuie avut în vedere că temperatura anusului este cu 1°C mai înaltă decât a fosei axilare.

La ridicarea considerabilă și bruscă a temperaturii, uneori, se observă frisoane, pielea devine palidă și rece. În acest caz bolnavul trebuie culcat în pat, învelit bine, încălzit cu termofoare, cu ceai fierbinte. Bolnavului i se dă o pastilă de aspirină. La scăderea bruscă a temperaturii cu hiperhidroză și slăbiciune trebuie șters bine corpul bolnavului, schimbată lenjeria de corp, să i se dea un ceai tare, fierbinte.

Pentru determinarea pulsului vârfurile degetelor arătător, mijlociu și inelar ale mâinii drepte sunt strânse ușor la începutul antebrațului bolnavului, din partea degetului mare. După ce artera pulsatilă a fost găsită, se socot bătaile timp de 15 secunde. Numărul se înmulțește cu 4. Posedând o anumită dexteritate, se poate determina caracterul

pulsului (regulat, aritmic, plin, mic). Pentru socotirea respirațiilor se aplică palma pe regiunea epigastrică. Se numără mișcările respiratorii timp de 30 sec, numărul se înmulțește cu 2.

La aprecierea pulsului și a respirației trebuie să se țină cont că ele devin accelerate în mod normal după eforturi fizice, emoții, în stare febrilă. De aceea socotirea pulsului și a respirației se face în stare de liniște absolută, înainte de orice proceduri. La ridicarea temperaturii cu 1°C numărul bătailor inimii se mărește cu 8–10, al respirațiilor – cu 3–4 pe minut. Trebuie de știut că la un om matur, sănătos, în stare de liniște, frecvența pulsului nu depășește 70–80 de băți pe minut, iar a respirației – 14–18 pe minut.

Datele măsurării zilnice a temperaturii, pulsului și respirației trebuie înregistrate. Aceasta va ajuta pe medicul curant. La apariția edemelor trebuie măsurate cantitatea de lichid băut și cantitatea urinei excretate (diureza) în 24 de ore.

Igiena personală a bolnavului este o condiție absolut necesară. Îi poate fi greu să înțeleagă că aceste funcții le va îndeplini în continuare altcineva în locul lui. Deocamdată, pentru demnitatea pacientului este important să fie curat și liniștit. El poate să refuze ajutorul familiei la îndeplinirea procedurilor de igienă personală. Pe de altă parte, unele familii nu se simt incomodate participând la îndeplinirea procedurilor.

8.4.4. Scăldatul și spălatul capului

Bolnavul nu are nevoie de baie în fiecare zi, dar ochii, gura, mâinile, genitalele trebuie să fie întreținute în curățenie. Spălarea poate fi efectuată, în pat, dacă e posibil – în baie. Dușul e accesibil numai pentru pacienții mobili. Înainte de deplasarea bolnavului din pat în camera de baie, trebuie să treacă aproximativ o jumătate de oră după luarea obișnuită a medicamentelor analgezice, pentru a preveni intensificarea durerii din cauza mișcării. Dacă pacientul este foarte slab, el trebuie spălat în pat. Se recomandă a spăla porțiuni mici de corp, acoperindu-le imediat.

8.7.5. Îngrijirea gurii

Bolnavii pot să nu aibă senzația de foame sau sete, dar să se plângă de xerostomie (uscăciune în gură). Dacă este în stare, pacientul

se poate spăla pe dinți, pe limbă, își poate clăti gura. Dacă bolnavii poartă o proteză dentară, ea trebuie scoasă înainte de spălare. Sunt bune soluțiile de apă caldă cu bicarbonat de sodiu sau sare. Dacă, după o spălare minuțioasă, persistă senzația de xerostomie, cavitatea bucală poate fi unsă cu o soluție apoasă de vaselină. Dacă în gură apar ulceratii sau iritație, medicul va prescrie un preparat pentru tratarea infecției. Îngrijirea gurii descrisă mai sus trebuie efectuată o dată în două ore, dacă pacientul mănâncă și bea foarte puțin sau nu-și poate curăța gura singur.

8.4.6. Deplasarea pacientului

Înainte de externarea bolnavului cei care îl îngrijesc sunt instruiți de sora medicală sau de medic cum să fie deplasat mai bine din pat în scaunul-cărucior sau pe scaun. Uneori pacientul, dacă este slăbit, trebuie ajutat de doi oameni.

Dacă suferindul este într-atât de slăbit, încât nu poate să se scoale din pat sau preferă să nu părăsească patul, el trebuie întors cât mai des, pentru a reduce la minimum disconfortul și iritarea pielii. El trebuie întors la fiecare câteva ore. Necesitatea întoarcerii depinde de confortul bolnavului. Dacă poate, el trebuie să încerce să se întoarcă singur, chiar dacă are nevoie de timp. Deși bolnavul a fost întors la timp, pot apărea pete roșii și sensibile pe unele părți ale corpului, mai ales la coate, fese, călcâie. Îngrijitorii pot unge aceste porțiuni cu cremă protectoare. În afară de aceasta se poate aplica un pansament pe regiunea afectată. Aceste pansamente pot fi aplicate și schimbate de sora medicală (îngrijitoare).

8.4.7. Comodități pentru pacient

Bolnavii oncologici, care sunt nevoiți să stea mult timp culcați într-un loc, se plâng deseori de incomoditatea saltelei. Există metode de adaptare a fotoliului sau a patului: se pot acoperi cu blană de paie sau porolon moale. Se pot obține rezultate bune cu ajutorul saltelei pneumatice, umplute parțial cu aer. Atenuarea durerii este aspectul cel mai important al programului de îngrijire la domiciliu. Nu oricare bolnav de cancer simte durere, dar pentru acei care o simt este foarte

importantă alinarea durerii. În multe cazuri durerea poate fi ușor diminuată administrând doze precise de analgezice în corespundere cu anumite tipuri și intensități de durere.

Astfel prin manifestarea atenției și griiei față de bolnavul oncologic din partea familiei, rudelor, prietenilor, asistenților sociali, voluntarilor, mediului de familie etc., se pot obține rezultate efective în depășirea momentelor stresante, psiho-emoționale, somatice la etapa postspitalicească.

Aceste principii stau la baza îngrijirilor de revigorare a stării sănătății pacientului care prin insistență, voință, susținere și optimism din partea tandemului bolnav – societate, vor spori la reintegrarea acestora în mediul habitual, social și profesional.

Este cert faptul, că postulatul despre totala indisponibilitate socială și profesională a bolnavilor oncologici suferă eșec, rămânând ca societatea contemporană să valorifice și să beneficieze de acest potențial uman.

CAPITOLUL IX

DISPENSARIZAREA ȘI REABILITAREA MEDICALO-SOCIALĂ A BOLNAVILOR DUPĂ TRATAMENTUL RADICAL

9.1. PRINCIPIILE DISPENSARIZĂRII BOLNAVILOR ONCOLOGICI

Dispensarizarea are o importanță deosebită pentru reîntremarea bolnavilor oncologici în genere, dar îndeosebi pentru cei care au suportat un tratament radical al neoplasmelor maligne, adică s-au tratat de cancer. Persoanele supuse unui atare tratament constituie majoritatea covârșitoare a bolnavilor ce au efectuat o cură oncologică. În anul 1999, în Cancer registrul Național al Republicii Moldova, numărul acestora constituie circa 33 000 oameni din totalul de 40 000 de bolnavi. Ei constituie a III-a grupă clinică de bolnavi care au fost vindecați de cancer prin metodele radicale, combinate de tratament.

La nivel județean și de sector supravegherea prin dispensarizare a bolnavilor supuși tratamentului radical este de competența oncologilor locali, în or. Bălți, Chișinău și Tiraspol – secțiile orașenești de oncologie. În aceste instituții pacienții sînt supuși periodic, în termenele stabilite, unui examen minuțios. Toate acțiunile curativo-profilactice aplicate în procesul dispensarizării țin nemijlocit de problema reabilitării, adică a restabilirii sănătății bolnavilor și reîncadrării lor în activitatea socială și profesională.

Problema reabilitării se află în raport direct cu un șir de probleme pur economice. Astfel, în urma îmbolnăvirii unui lucrător calificat, care după tratament a rămas invalid de categoria II, pagubele economice ale societății constituie în medie 2 200 lei anual (pensia pentru invaliditate și costul producției nefabricate, al serviciilor neprestate). În cazul în care un asemenea bolnav și-ar relua activitatea de muncă, aportul lui în economia națională a țării ar constitui circa 3 200 lei anual.

În supravegherea prin dispensarizare a bolnavilor oncologici din grupa a III-a clinică figura principală este oncologul. Rolul medicilor

cliniști – al interniștilor, chirurgilor, otorinolaringologilor, al altor specialiști de profil îngust – nu este încă studiat pe deplin. Deși oncologul îi examinează periodic pe bolnavii contingentului dat, totuși cu ei contactează des și medicii generaliști, de familie, atunci cînd îi tratează de alte maladii, îi expediază la Consiliul de expertiză medicală a vitalității etc. Spre regret, însă, medicii generaliști, de familie nu întotdeauna se orientează în tactica acordării unei asistențe adecvate bolnavilor oncologici supuși anterior tratamentului radical, deși fiecare dintre ei are în sectorul său pînă la 20–25 de asemenea pacienți.

Care sînt, deci, principiile de bază ale supravegherii prin dispensarizare a bolnavilor din a III-a grupă clinică? Pot fi evidențiate 4 aspecte primordiale.

1. Diagnosticul cît mai precoce al recidivelor și metastazelor tumorii. Aceasta este o datorie nemijlocită a oncologului în timpul examinării ordinare a bolnavului. Dar aceleași probleme îl vor preocupa și pe medicul generalist, de familie de fiecare dată cînd contactează cu pacientul. În asemenea cazuri trebuie să se manifeste la maximum principiul vigilenței oncologice.
2. Depistarea și corectarea dereglărilor ce pot apărea după tratamentul radical. Deseori intervenția chirurgicală este însoțită de executarea unor operații de proporții, care uneori se soldează cu mutilări. Se întîmplă că bolnavul care s-a tratat de cancer suferă un timp îndelungat de pe urma complicațiilor postoperatorii, cum ar fi, bunăoară, sindromul stomacului rezeccionat, alimentarea nazo-esofagiană îndelungată, leziunile actinice, chimiohormonoterapia. Acțiunile de corectare a unor asemenea complicații sînt și ele părți componente ale reabilitării medicale.
3. Realizarea unui complex de măsuri curative cu acțiune tonică generală, inclusiv soluționarea problemei privind posibilitatea și necesitatea tratamentului sanitaro-balnear, ține, de asemenea, de reabilitarea medicală.
4. Expertiza pierderii temporare sau stabile a capacității de muncă, amplasarea rațională în cîmpul muncii, adică reabilitarea profesională a bolnavilor oncologici.

Diagnosticul recidivelor și metastazelor tumorilor maligne. Prin recidivă înțelegem reapariția, revenirea tumorii pe locul vechi după ce ea a fost înlăturată pe cale chirurgicală sau după tratamentul actinic al focarului primar. Apariția recidivei se explică prin faptul că bolnavul n-a fost tratat radical și, deci, elementele tumorale au continuat să se dezvolte.

Cauzele recidivelor sînt diferite:

- 1) Dezvoltarea din embolii tumorali în vasele limfatice care au rămas în afara zonei operate.
- 2) Existența unei porțiuni de tumoare restantă în urma executării unei operații insuficient de radicală. Asemenea recidive pot fi semnalate după o rezecție imperfectă a limbii, stomacului, colonului și rectului.
- 3) Difuzarea și implantarea celulelor canceroase în plaga operatorie în timpul executării intervenției chirurgicale.
- 4) Dezvoltarea multicentrică a tumorii.

Prin metastaze înțelegem transmiterea, strămutarea, deplasarea prin curente limfatice sau sangvinice a porțiunilor tumorale în ganglionii limfatici sau în organele îndepărtate, procesul avînd loc pînă la operație sau în timpul acesteia, indiferent de timpul și caracterul tratamentului aplicat asupra focarului primar.

Astfel, metastazele se pot forma încă pînă la începutul sau în timpul procedeele curative, indiferent de timpul și caracterul acestora din urmă.

Spre exemplu, tumoarea glandei mamare se dezvoltă în termene de la 8 pînă la 15 ani, iar metastazarea pe căile limfatice se produce încă în fazele inițiale, atingînd așa-zisa cantitate critică de 100 000 de celule tumorale. Transmiterea celulelor tumorale ale cancerului gastric în ganglionii limfatici regionali se poate produce chiar în primele trei săptămîni de după apariția neoplaziei pe mucoasă.

Experiența bogată acumulată de clinica oncologică permite să evidențiem cîteva grupe de tumori, cărora le este caracteristic un anumit sistem de răspîndire a metastazelor din focarul primar: pe cale limfogenă, limfohematogenă și hematogenă. Această delimitare, pe care o expunem mai jos, este convențională.

9.2. CĂILE METASTAZĂRII TUMORILOR MALIGNE CU LOCALIZĂRI MAI RĂSPÎNDITE

1. Calea preponderent limfogenă de răspîndire:
cancerul mucoasei organelor din cavitatea bucală;
cancerul cutanat (pavimentos);
cancerul laringelui;
cancerul esofagului;
cancerul gastric;
cancerul colonului și rectului;
cancerul corpului și colului uterin.
2. Calea preponderent hematogenă de răspîndire:
tumoarea hipernefroidă a rinichilor;
corionepiteliomul uterului și testiculelor;
cancerul prostatei;
sarcomul oaselor și țesutul moale.
3. Răspîndirea limfohematogenă:
cancerul glandei tiroide;
cancerul glandei mamare;
cancerul bronhial;
cancerul ovarelor;
cancerul testiculelor;
melanomul.

Aceste principii privind localizările cel mai mult probabile ale metastazelor și semnele lor clinice trebuie să stea la baza supravegherii prin dispensarizare a bolnavilor oncologici.

Bolnavii oncologici supuși tratamentului pot fi divizați în două grupe.

Grupa I – bolnavii la care în anumite termene de după tratament este depistată recidiva locală a tumorii, însoțită deseori de metastaze regionale și la distanță. Recidiva tumorii este biologic mult mai agresivă și se tratează mult mai greu decît tumoarea primară.

Apariția recidivei după tratamentul chirurgical radical este o adevărată tragedie pentru bolnav și medicul de familie este dator nu numai să-l trimită la timp să se consulte la un specialist calificat în oncologie, ci și să-i ajute a evita emoțiile negative.

Grupa II – bolnavii la care metastazele la distanță au apărut în diferite termene după intervenția chirurgicală radicală sau tratamentul actinic, neexistând nici un fel de date despre recidive la locul focarului primar. Deși tratamentul unor asemenea recidive este, în fond, o sarcină dificilă, totuși, în cazul unor tumori anumite (glandei mamare, mucoasei uterine, mucoasei cavității bucale, glandei tiroide, laringelui) el este realizabil la majoritatea bolnavilor. Există chiar și un termen special: tratamentul radical al metastazelor.

Dacă problemelor privind examinarea bolnavilor suspecți de cancer le este consacrată foarte multă literatură, atunci despre sistemul examinării și dispensarizării bolnavilor supuși operațiilor radicale s-a scris foarte puțin. Ne vom strădui să schițăm unele principii generale ale examinării (de pe pozițiile medicului generalist, de familie, precum și ale oncologului) bolnavilor tratați anterior de maladii oncologice (a III-a grupă clinică).

9.3. PRINCIPIILE GENERALE ALE EXAMINĂRII BOLNAVILOR DUPĂ TRATAMENTUL RADICAL

1. Termenele supravegherii prin dispensarizare. În chirurgie există o regulă nescrisă de a examina bolnavul peste 10 zile după externarea lui din spitalul în care a fost operat. Lucrul acesta este dictat de necesitatea de a controla ritmul vindecării, starea cicatricei, funcționarea organului operat în condițiile noi ale regimului postoperatoriu. Unii chirurghi și oncologi consideră că bolnavul trebuie în mod obligatoriu examinat încă o dată peste o lună după externare, ceea ce este nespun de important, îndeosebi pentru bolnavii supuși tratamentului actinic. Doar în această perioadă pot apărea leziuni actinice ale pielii și mucoaselor. Termenul dat este necesar și pentru bolnavii care au trecut un tratament medicamentos în scopul instituirii controlului asupra procesului de restabilire a componentei sîngelui și al prevenirii altor complicații. Peste o lună după externarea din spital, se soluționează și problema privind data și locul următoarelor serii de proceduri chimio- sau radioterapeutice postoperatorii. Deci, termenul

de 4 săptămîni este considerat drept prima și cea mai importantă etapă a dispensarizării bolnavilor supuși intervenției chirurgicale radicale. În afară de aceasta, peste o lună după externare, la momentul primului control, expiră termenele aflării pacientului în concediu de boală și începe întocmirea actelor necesare pentru determinarea de către comisia medicală respectivă a vitalității muncii. În continuare, pe parcursul primului an bolnavii supuși tratamentului radical vor fi (examinați o dată în trimestru, în următorii doi ani – o dată în semestru, iar ulterior – nu mai rar decît o dată pe an.

Noi pledăm în mod deosebit pentru dispensarizarea unor atare bolnavi pe toată viața, deoarece apariția recidivelor și metastazelor la distanță este posibilă nu numai în limitele perioadei de cinci ani de supraveghere, ci și peste mulți ani după operație. În literatura de specialitate sînt descrise sute de cazuri de metastazare a cancerului mamar peste 15–25 ani după operație. Sînt cunoscute cazuri cînd metastaze ale melanomului au fost depistate peste 14 ani după rezecția tumorii primare.

2. Aprecierea stării generale. Ea se constituie din starea subiectivă a bolnavului și caracterul acuzelor (dureri, caracterul somnului, pofta de mîncare, restabilirea sau reducerea masei corporale, funcțiile organelor pelviene, ridicarea temperaturii corpului etc.). O atenție deosebită se va acorda acuzelor ce țin de sindromul durerii și de aceea bolnavilor li se vor prescrie mijloace analgetice.

Un factor important în aprecierea stării generale a pacientului este nivelul normalizării componentei sîngelui (în primul rînd al leucocitelor, trombocitelor, limfocitelor) care poate avea dereglări un timp îndelungat după chimioterapie sau tratamentul actinic. De aceea, examinînd un bolnav externat din spital, medicul va lua neapărat cunoștință de analizele desfășurate ale sîngelui.

În urma chimiohormonoterapiei și a tratamentului actinic la unii bolnavi apar complicații din partea căilor urinare, faptul fiind indicat de acuzele bolnavului și de analizele de urină (existența leucocitelor, eritrocitelor, mucusului etc.). În urma hormonoterapiei îndelungate cu glucocorticoizi, la unii bolnavi apar dereglări ale metabolismului glucidic (diabet steroid). De aceea este strict necesară determinarea sistematică a nivelului de zahăr în sînge.

Hormonosexoterapia duce deseori la vîscozitatea și coagularea sîngelui, precum și la dezvoltarea sindromului hipertensiv. În legătură cu aceasta este necesar controlul asupra masei corporale, nivelului tensiunii arteriale, precum și aprecierea stării venelor profunde și subcutanate ale membrelor (flebotromboză).

3. *Examinarea cîmpului operator* este o prerogativă a chirurgilor care au executat operația și tratamentul actinic pînă și după operație, dar și oncologul, medicul generalist, de familie nu trebuie să se eschiveze de la acest lucru.

În primul rînd, nu-s chiar atît de rare cazurile cînd persoanele operate în regiunea cavității peritoneale sînt afectate de centrozomul herniei și un diagnostic stabilit la timp ar putea exclude un șir întreg de complicații.

În al doilea rînd, la cancerul pielii, limbii, buzei, glandei tiroide și mamare, sarcoame ale membrelor și țesuturilor moi, pot fi depistate recidive locale. De regulă, ele au aspectul unor formațiuni nodulare, situate în țesutul celular subcutanat sau în dermă, mai des nedureroase, dar care tind să se răspîndească în țesuturile adiacente.

Examinarea cîmpului operator permite să depistăm: fistule apărute în urma laringectomiei, operației combinate la organele cavității bucale, precum și contracturi cicatriceale cauzate de mastectomie, limfadenectomie axilară sau inghinală.

În cele din urmă, pe partea supusă iradierii pot fi observate leziuni, epiteliiite, ulcere actinice (radiare), precum și edeme, dereglări ale funcțiilor extremităților provocate de limfostazele de după mastectomie sau limfadenectomia inghinală. Prin urmare, examinarea cîmpului operator de către medicul de sector, de familie urmărește scopul depistării precoce a complicațiilor de după tratament, nemaivorbind de necesitatea diagnosticării la timp a recidivelor și metastazărilor.

4. *Examinarea zonelor de metastazare limfogenă regională și la distanță.* Dat fiind faptul că majoritatea tumorilor tind spre metastazare limfogenă și limfohematogenă, examinarea zonelor anatomice în care sînt situate colectoarele ganglionilor limfatici este absolut necesară. Palparea ganglionilor limfatici (inghinali, axilari, subclaviculari și cervicali) se execută atît în poziția orizontală, cît și verticală a bolnavului. Pentru o percepere mai bună a proceselor de

transformare existente, se recomandă palparea concomitentă cu ambele mîini a părților simetrice ale corpului (stînga-dreapta). O deosebită atenție se va acorda palpării ganglionilor limfatici din partea dreaptă a regiunii subclaviculare. Nodulul depistat aici are denumirea de “semnalizator”, “virchowian” și, într-adevăr, el este primul semnal al diseminării procesului, îndeosebi în cazul tumorilor tractului gastrointestinal (stomacului, esofagului, colonului și rectului), mai rar – al cancerului mamar.

Este necesar de a concentra atenția asupra timbrului vocii, deoarece e posibil ca disfonia (răgușeala) să fie cauzată de traumarea nervului recurent.

Drept semn distinctiv al metastazării servește cunoscutul sindrom HORNER care se manifestă prin îngustarea monolaterală a fantei palpebrale (deschizătura ochiului), enoftalmie și mioză. Acestea au la bază comprimarea lanțului paravertebral (simpatic) de către metastazele limfatice ganglionare.

5. *Examenul clinic al ficatului și cavității abdominale.* Aprecierea stării ficatului la bolnavii operați radical cu ocazia tumorii maligne de orice localizare este absolut necesară. În cazul în care metastazele invadează ficatul, marginile lui devin dure, neregulate, neprovocînd, însă, dureri mari (bolnavii acuză că «ceva nu-i bine»). Dacă tumorile sînt localizate mai jos de diafragmă, metastazarea în ficat decurge asimptomatic și medicul absolut întîmplător poate descoperi că acest organ, neprovocînd durere și avînd o suprafață netedă, ajunge aproape pînă la ombilic. În asemenea cazuri medicul trebuie să examineze nodulii tumorali situați în adîncul parenchimului. Prin palparea peretelui abdominal el se va strădui să determine prezența sau absența în cavitatea abdominală a lichidului ascitic și a indurațiilor. Totodată, în afară de percuție, palpare profundă, acestea provocînd durere, este extrem de important de a efectua un examen digital al rectului la bărbați și bidigital — la femei. Aceasta permite de a determina cu exactitate prezența lichidului liber în cavitatea abdominală, precum și de a depista metastazele SHNITZLER (situate între uter și rect la femei) sau în plica rectovezicală la bărbați; de asemenea aceasta va da posibilitate de a preciza existența metastazelor în anexele uterine

(paraovarium) (aşa-numita tumoare KRUKENBERG), precum şi de a pipăi ganglionii retroperitoneali, afectarea cărora este uneori primul semn al maladiei.

6. *Examinarea fizicală a plămînilor şi toracelui.* Tumorile de aproape toate localizările au capacitatea să invadeze plămîinii şi pleura. Lucrul acesta e cauzat de catabolismele hematogene secundare, cînd elementele tumorale nimeresc în sistemul venos împreună cu torentul limfatic din ganglionii limfatici regionali, afectaţi de metastaze. În continuare, celulele tumorale, împreună cu curentul de sînge, trec prin ventriculul drept al inimii spre vena pulmonară şi plămîni.

În asemenea cazuri examenul radiologic permite de a stabili diagnosticul diferenţial între pneumonie şi metastaze în plămîni. Acestea din urmă au aspectul unor noduli rotunşi, uneori bine conturaţi şi de diferite dimensiuni, situaţi în diverse regiuni ale ţesutului pulmonar. Examenul radiologic al toracelui mai permite să determinăm majorarea ganglionilor limfatici mediastinali, caria plămînilor. În scopul precizării diagnosticului, uneori se recurge la tomografia mediastinului.

Este important ca de fiecare dată cînd bolnavul îl vizitează pe medicul (sau invers), acesta din urmă, după palparea ganglionilor (îndeosebi subclavicari) trebuie să examineze prin auscultaţie şi percuţie cutia toracică. Şi dacă apare o cît de mică suspecţie a invadării metastazelor în plămîni sau pleură pacientul va fi trimis imediat la examenul radiologic.

7. *Alte metode de control şi diagnostic al metastazelor.* Există un şir de metode radionucleidice şi instrumentale speciale de stabilire a diagnozei. Menţionăm aici scintigrafia ce se bazează pe acumularea radiopreparatului (fosfor, stronţiu, iod, aur ş.a.) în anumite ţesuturi. Aceste metode nu dereglează funcţiile organelor şi, graţie intensităţii slabe a iradiaţiei, sînt destul de inofensive. Pentru diagnosticul metastazelor infiltrate în ficat se utilizează preparate radioactive: ^{198}Au , ^{131}I .

Pentru diagnosticul precoce al recidivelor tumorilor gastrice, colului şi rectului se aplică metodele poliinformative, cum ar fi fibroendoscopia. De mare ajutor în diagnosticul metastazelor poate fi examenul ultrasonor (ecografia), tomografia computerizată.

Conştient nu ne oprim la metoda şi valoarea diagnostică a laparoscopiei, limfografiei ş.a., deoarece acestea se execută în cadrul staţiunilor specializate.

Metodele diagnosticului precoce al metastazelor şi recidivelor, atît clinice cît şi instrumentale, radionucleidice se utilizează în cuplu, completîndu-se una pe alta, deoarece doar o singură metodă nu poate arăta adevărata stare a maladiei.

Dispensarizarea bolnavilor oncologici este, deci, o ecuaţie cu mai multe necunoscute, rezolvarea căreia necesită şi ea numeroase metode de investigaţii. Iar lucrul acesta depinde de nivelul pregătirii profesionale, de erudiţia clinică a medicului de sector, de familie.

Dar să trecem la caracteristica sistemului de examinare a bolnavilor şi de corecţie a complicaţiilor de după tratamentul radical.

9.4. EXAMINAREA DUPĂ TRATAMENTUL RADICAL AL LARINGELUI ŞI ESOFAGULUI

Cancerul laringelui şi esofagului. La tratamentul acestora se aplică metodele: actinică, chirurgicală şi combinată, dîndu-se prioritate, totuşi, intervenţiei chirurgicale. În cazul, procesului local avansat al cancerului laringelui, în afară de înlăturarea acestui organ, se face rezecţia segmentului cervical al esofagului şi faringelui. În asemenea cazuri, cu scopul profilaxiei complicaţiilor locale, se aplică esofagofaringostomia. Aceşti bolnavi se alimentează un timp îndelungat prin sonda naso-esofagică (de la 1 pînă la 6 luni).

În afară de aceasta, după laringectomie apar complicaţii postoperatorii sub aspect de fistule supurative (pînă la 15% din bolnavi), fapt ce acţionează grav asupra psihicului bolnavului. Uneori, la cancerul treimii medii şi inferioare a esofagului se aplică operaţia DOBROMÎSLOV – extirparea segmentului pectoral al esofagului, capătul superior al căruia se scoate la suprafaţa gîtului şi se aplică o gastrostomie.

Peste 2–6 luni după vindecarea rănii şi ameliorarea stării generale a bolnavului, se efectuează cea de-a doua etapă a operaţiei: plastia faringelui şi esofagului cu intestinul subţire sau gros ori cu ajutorul lambourilor musculocutate pe pediculul nutritiv.

Medicul generalist, de familie are contact atît cu bolnavi cărora li s-a extirpat faringele și laringele cu formarea faringostomiei, traheostomiei și gastrostomiei planificate și care-și acumulează forțe pentru cea de-a doua etapă a operației, cît și cu bolnavi cărora li s-a creat un esofag artificial într-un timp scurt după prima etapă. La etapa de pînă la esofagoplastie toate problemele țin de îngrijirea fistulei și de faringostomia la gît și pe peretele abdominal, de combaterea macerării pielii în jurul lor, de procedurile igienice ale cavității bucale, pielii, de alimentația corectă. Medicul (internistul, chirurgul, otorinolaringologul, stomatologul) trebuie să țină cont de hipertermiile frecvente, de erupțiile alergice pe piele, de infiltrările stomatice și inflamatoare în jurul fistulelor, precum și de evoluția relativ grea a maladiilor provocate de răceală (mai ales la bolnavii cu traheostomie după înlăturarea laringelui). Dozele sporite de antibiotice și alte preparate, folosite de bolnavi în spital, duc deseori la reacții alergice.

După restabilirea conductibilității esofagului, toate grijile ulterioare țin de funcția lui. Trecerea bolului alimentar prin esofagul nou-creat depinde de mai mulți factori (particularitățile transplantului, tipul plastiei, seria de tratament actinic etc). Tulburările de deglutiție apar cel mai frecvent în gît, unde un timp îndelungat au fost fistule ce s-au închis de la sine și apoi s-au cicatrizat defectuos. În asemenea situații este necesară dilatarea cu bujii, iar dacă aceasta se dovedește a fi puțin eficientă, se va recurge la operații de reconstituire.

Pe lîngă aprecierea stării generale a bolnavului, a permeabilității esofagului, mai este nevoie de examinat zonele eventualelor metastazări. Cancerul laringelui și esofagului metastazează destul de frecvent în ganglionii limfatici cervicali, axilari, para/traheali. Orice medic îi poate depista prin palparea gîtului și regiunii subclaviculare.

9.5. EXAMINAREA DUPĂ TRATAMENTUL RADICAL AL CANCERULUI MAMAR

Îngrijirea și tratarea acestor bolnavi este mai dificilă, deoarece în scopul tratamentului sînt utilizate un șir de metode chirurgicale-actinice, chimiohormonale, medicamentoase în diverse îmbinări.

După externarea din spital bolnavele continuă tratamentul proceselor inflamatorii restante, precum și restabilirea funcției articulației umărului. Aceasta din urmă are o importanță deosebită pentru starea fizică și psihologică a bolnavelor. Doar imobilitatea sau mobilitatea limitată a articulației umărului duce la modificări cicatriceale în regiunea axilară (mai ales dacă s-a aplicat actinoterapia), provoacă dureri chiar și în stare de repaus. Unele bolnave țin mîna suspendată cu o broboadă, ceea ce face să se dezvolte limfostaza și duce la invaliditate. În scop de profilaxie se recomandă sporirea volumului și numărul de exerciții gimnastice. În afară de aceasta se produc un șir de diverse tulburări ale metabolismului mineral, deoarece în geneza majorității tumorilor mamare au loc devieri metabolice și endocrine, fapt la care contribuie atît însăși operația, cît și tratamentul chimio-actinic.

Uneori, după mastectomie și chimioradioterapie se observă tendința spre creșterea rapidă a masei corporale, hipocalcemie și hipocaliemie, dereglarea coagulării sîngelui, sporirea vîscozității lui, precum și spre tromboze. În asemenea cazuri dieta recomandată va fi limitată în glucide, grăsimi și sare de bucătărie și va exclude zahărul, pîinea albă, cartofii, strugurii. Totodată se va reduce consumul de lactate și se va administra kaliu (2–5 grame clorură de kaliu pe zi).

În alte cazuri, distoniile neurovegetative, care apar în timpul menopauzelor artificiale provocate de dezinhibiția activității hipofizare se pot solda cu tulburări cardiovasculare (sindromul hipertensiv, cardiopatia dishormonală, spasmul vascular al encefalului ș. a.). Medicul generalist, de familie este primul care se confruntă cu asemenea situații. El este obligat să se intereseze de funcția menstruală la bolnavă, de alte fenomene de defectare a funcției ovarelor (aflux, îndeosebi pe picioare, hiperhidroză, dureri de cap). Din cauza apariției climacteriului patologic, unele bolnave au nevoie de consultația endocrinologului. Un efect rapid în stoparea devierilor vegetativo-hipofizare asigură aplicarea mijloacelor sedative (bromuri, fenobarbital, sedukcen, elenium).

În perioadele mai tardive de după operație, la unele bolnave apar edeme stabile ale extremităților (circa 15% din bolnavele supuse mastectomiei). Starea acestora se acutizează din cauza obezității, vîrstei avansate, maladiilor cardiovasculare. La stadiile inițiale, cînd se

formează așa-zisele edeme moi, se recomandă masajul (de la vîrfurile degetelor pînă la mijlocul umărului) și bandajarea ulterioară cu tifon elastic. Este de dorit ca după mastectomie toate bolnavele să țină brațele într-o poziție ridicată (mai ales în timpul nopții). să nu depună eforturi fizice (să nu ridice greutăți).

Examinarea bolnavelor supuse anterior mastectomiei începe de obicei din poziție verticală, pacienta ținînd mîinile după cap. După examinarea cicatricei, palparea celeilalte glande mamare și fosei axilare, medicul va pipăi regiunile axilare, apoi va trece la percuția și auscultația plămînilor. După aceasta, bolnava fiind culcată cu fața în sus cu mîinile după cap, se va examina cutia toracă, cealaltă glandă mamară, se va palpa abdomenul. Este de dorit ca, în scopul depistării ascitei, să fie examinate, de asemenea, rectul și vaginul. De menționat că metastazele la distanță pot apare în orice termene postoperatorii.

9.6. EXAMINAREA BOLNAVILOR DUPĂ OPERAȚIILE RADICALE DE CANCER PULMONAR

Starea bolnavilor supuși operațiilor radicale de cancer pulmonar este condiționată într-o măsură mai mare decît în cazul altor localizări, de volumul intervenției chirurgicale. Vîrsta, funcția de rezervă inițială a plămînului sănătos, starea sistemului cardiovascular și complicațiile postoperatorii suportate au o influență nemijlocită asupra posibilităților compensatoare ale organismului după pneumonectomie și într-o măsură mai mică influențează starea generală a bolnavilor supuși operațiilor de menținere (lobectomia, rezecția plămînului).

Cel mai mult suferă starea generală a organismului după pneumonectomie. Bolnavii acuză uneori dispnee progresantă (chiar și în stare de repaus), palpitație permanentă, senzații de presiune în zona operației, temperatură corporală ridicată cu 1,5–2°C. Examenul medical depistează deplasarea mediastinului în direcția sănătoasă (dar nu înspre locul operației), tahicardie acută și, principalul, prin percuție se depistează o slăbire a sunetului percutor în direcția operației, extinsă pînă la nivelul coastei a II-a (partea din față). În asemenea cazuri trebuie

să suspectăm acumularea lichidului în cavitatea pleurală restantă. Puncția pleurală executată la timp este o procedură nu numai diagnostică, ci și terapeutică, capabilă să amelioreze rapid starea bolnavului. Deseori se întîlnesc și fistule bronho-pleurale tardive, care apar în urma defectelor din bontul bronhiei după pneumonectomie. În cele din urmă ele se complică prin supurația (empiem) cavității pleurale restante. Primul semnal al apariției fistulei bronhopulmonare este tusea chinuitoare cu eliminarea unei cantități mari de spută. Asemenea bolnavi vor fi internați urgent în spital.

Bolnavii supuși anterior operațiilor la plămîni pot acuza suvițe de singe în spută. Ele nu întotdeauna sînt condiționate de recidive ale cancerului în bontul bronhiei. Este important să nu uităm de peristaltismul pronunțat al parenchimului plămînului sănătos (după pulmonectomie sau lobectomie) în direcția ectaziei alveolelor, de deschiderea în urma acestui fapt a lumenului capilarelor, care pînă la operație s-au aflat în stare de atelectazie fiziologică. Emfizemul creează posibilități pentru diapedeza eritrocitelor prin sistemul vascular sau duce la rupturi ale pereților alveolari și la mici hemoragii vasculare în timpul tusei. Sîngele care nimerește în lumenul bronhiilor se evacuează împreună cu sputa.

Deosebit de pronunțate sînt dereglările postoperatorii în sistemul cardiovascular. Înlăturarea unei jumătăți a patului vascular a micului cerc al circulației sangvine prin pneumonectomie sau bilobectomie, restabilirea treptată a funcțiilor respiratorii, deplasarea organelor mediastinului – toate acestea solicită sistemului cardiovascular eforturi sporite. Posibilitățile de adaptare ale sistemului cardiovascular la bolnavii de cancer pulmonar sînt destul de mari. Uneori compensarea și adaptarea la noile condiții sînt atît de suficiente, încît bolnavii pot relua activitatea de muncă chiar și în urma pneumonectomiei. Însă chiar și în faza compensării pot fi observate tulburări în activitatea cardiacă, cauzate îndeosebi de dereglarea excitabilității și contractabilității miocardului. Aceasta se manifestă clinic prin edeme, palpitație, dispnee, extrasistolie ș. a.

Cele menționate mai sus demonstrează cît de important este rolul medicului generalist, de familie în tratamentul bolnavilor supuși anterior

operațiilor radicale de cancer pulmonar. Fixarea cu exactitate a simptomelor, aplicarea metodelor necesare de diagnostic, vigilența permanentă a medicului internist de familie, relațiile lui cu oncologii permit de a aprecia cit se poate de just starea bolnavilor și de a lua în mod operativ măsurile de rigoare.

9.7. EXAMINAREA BOLNAVILOR DUPĂ OPERAȚIA RADICALĂ DE ÎNLĂTURARE A TUMORILOR TUBULUI DIGESTIV

Cancerul gastric. În urma operațiilor radicale, dimensiunile și volumul cărora depind de localizarea afecțiunii tumorale, starea bolnavilor depinde de faptul cât de adecvată a fost intervenția chirurgicală, precum și de dezvoltarea unui șir de simptome ce țin de lipsa unei părți a organului sau a acestuia în ansamblu. Operația are un caracter adecvat atunci când metodică a fost aleasă corect, nu s-au admis lacune de ordin mecanic și dacă în perioada postoperatorie nu apar complicații.

Unul din principalele sindroame ce apar după gastrectomie este reflux-esofagita. Bolnavii (aproape fiecare al patrulea) au acuze asupra arsurilor periodice la stomac, în retrostern și dureri în regiunea epigastrică, care se acutizează după consumul de alimente grase, lapte, fructe. Aceste fenomene sînt cauzate de evacuarea bilei și sucului pancreatic în regiunea anasomozei enteroesofagiene, ceea ce provoacă esofagita și eroziunea mucoasei. Soluțiile de hidroxid de clor și acid citric (0,25–0,5%) au acțiune neutralizatoare și analgezică.

Deseori după gastroectomie se dezvoltă dischinezia vezicii biliare, care provoacă dureri după mîncare, acestea iradiind în regiunea lombară; dereglări dispeptice, repulsii față de alimentele grase.

O altă complicație ce apare în urma gastrectomiei este dumping-sindromul, frecvența căruia variază între 8,7 și 53%. Patogeneza sindromului ține de intrarea prea rapidă a maselor alimentare (mai ales lactatele și bucatele dulci) în intestinul subțire și, prin urmare, de absorbția rapidă a produselor ușor solubile. După consumul produselor glucidice, se ridică brusc conținutul de zahăr în sînge ca apoi să scadă la minimum; în

afară de aceasta se dereglează circulația sangvină, se reduce volumul plasmei circulante. Acestea se manifestă clinic imediat după alimentație prin slăbiciune acută, hiperhidroză, tremurul membrelor, senzația de căldură alternînd cu cea de frig. În asemenea cazuri bolnavii stau culcați vreo 30–40 minute pentru a înfrunta adinamia și tahicardia, după care treptat își revin. În urma dereglării vasomotore apar simptome gastrointestinale – greață, vome semiseci, dureri în tot abdomenul, diaree. În scopul diminuării atacurilor-dumping se recomandă schimbarea regimului de alimentație (consumul mai întîi a unei porții mici de hrană, după care bolnavul se alimentează normal), limitarea consumului de produse lactate, glucidelor.

În urma gastrectomiei poate apărea în prim-plan sindromul-anemic. Cauza anemiei poate fi așa-numitul factor CASTLE ce se produce în mucoasa porțiunii orizontale a stomacului. Stomacul participă la reglarea homeostaziei generale, a stării hipotonice a sistemului hipofizar și glandei tiroide.

După rezecția subtotală a stomacului, apar complicații ce țin de sindromul de ansă aferentă. El se manifestă clinic prin dureri localizate în regiunea epigastrică, în hipocondrul drept, care apar în timpul mîncării și ating cea mai mare intensitate (peste 30–40 minute), precum și prin vome, după care durerile dispar. Cauza sindromului este staza din ansa aferentă, dacă aceasta e prea lungă și are îndoituri la diferite niveluri. Fenomenul ține de tehnica executării operației. Sindromul de ansă aferentă se tratează prioritar prin operație: gastroduodenoplastie, instituirea anastomozei colaterale.

De complicațiile enumerate mai sus trebuie să țină cont și medicul generalist ceea ce îl va ajuta să-i dea bolnavului sfaturile necesare pentru tratament și profilaxie. În afară de aceasta, peste un an, precum și peste trei ani după rezecția stomacului sau după gastroectomie, persoanele ce se ocupă cu activitatea fizică au o capacitate de muncă mai mare decît cele ce practică munca intelectuală. De aceea reabilitatea bolnavilor operați radical de cancer gastric, care nu au recidive și metastaze, depinde de caracterul activității de muncă și apariția complicațiilor și tulburărilor funcționale.

Cancerul rectului. Traumarea fizică și psihică, dereglarea funcțiilor organismului și invaliditatea sînt caracteristice mai ales bolnavilor de

cancer la segmentele distale ale rectului, cărora nu li se pot efectua operații economice de menținere a sfîcterului. În urma operațiilor lărgite, plaga de dimensiuni mari se vindecă peste 3–4 luni, dacă tratamentul a decurs, desigur, reușit. În cazul în care apar complicații și fistule vezico- sau uretroperineale, vindecarea continuă mai multe luni.

Destul de repede se reabilitează bolnavii supuși extirpării intraperitoneale după HARTMAN, cînd după rezecția intestinului afectat de tumoare, porțiunea distală se obturează și se afundă sub peritoneul pelvisului minor. Din capătul proximal – partea inițială a intestinului sigmoid – se formează un anus unitubular plat. Dacă el este amplasat corect pe peretele abdominal și dacă lipsesc stenozele cicatriceale, îngrijirea lui nu este complicată și bolnavii se acomodează destul de repede. Firește, cu condiția respectării regimului de alimentație. Apropos, nu poate fi schimbat în mod arbitrar raportul dintre lichid și produsele solide folosite în hrană. Aceasta înseamnă că cantitatea de ceai (să zicem, un pahar) și cea de terci (o farfurie adîncă) consumată la dejun va rămîne mereu aceeași. Respectiv și prînzul, și cina vor rămîne stabile în privința cantității de hrană lichidă și solidă.

Dacă apare necesitatea condensării fecalelor (diaree, colite, enterocolite, gastrite anacide), terciul va fi făcut mai vîrtos, dîndu-se preferință celui de orez și de hrișcă. În această perioadă nu se recomandă lactate, compot de prune. În schimb, este foarte folositor ca bolnavul să ia intern coajă fărîmițată de ouă.

Și dimpotrivă, în cazul fecalelor prea vîrtoase, al reținerii acestora, al constipației, concomitent cu purgativele (o lingură de ulei de ricin, soluție de sulfat de magneziu de 15%) e de dorit a majora proporția lichidului în hrană. În rație pot fi incluse prunele uscate, chișleacul, fructele. Încă o condiție a normalizării scaunului este alimentarea strict la unele și aceleași ore.

Atît medicul, cît și bolnavul trebuie să cunoască și să se conducă de 4 principii de alimentație:

- 1) cantitatea produselor consumate;
- 2) calitatea produselor incluse în rație;
- 3) timpul alimentației;
- 4) amplasarea corectă a anusului artificial.

Cea mai reușită rezolvare a acestei din urmă probleme este colostomia plană. Ea îi permite bolnavului să poarte bandaj moale de vată și tifon care poate fi ușor schimbat, nu irită pielea și mucoasa intestinului. Utilizarea receptoarelor de fecale care irită pielea și care, în urma acțiunii de absorbție, provoacă prolapsul mucoasei, se permite doar în unele cazuri aparte și pentru o perioadă foarte scurtă. Bolnavii nu trebuie să ștergă pielea în jurul colostomiei cu spirt, apă de colonie sau să facă băi cu soluție de permanganat de kaliu. Cel mai bine e ca pielea să fie spălată cu apă caldă fără săpun (folosind o cîrpuliță moale, iar după aceasta să fie ștersă minuțios pînă la uscat și unsă cu grăsime neutră (ulei de vaselină, untură de pește, emulsie de sintomicină).

Medicul trebuie să insiste că de îngrijirea anusului să se ocupe însuși bolnavul. Aceasta influențează benefic asupra adaptării lui psihice, a încrederii în sine. Totodată, bolnavul va fi prevenit ca în cazul oricărei schimbări în starea sa, mai ales a celor din zona colostomiei, sau dacă în regiunea cicatricei perineului au apărut noi îndurații, ulceratii, hemoragii, să se adreseze de urgență medicului-oncolog, chirurgului sau să-l informeze pe medicul de sector, de familie. Nu rareori, aceste simptome sînt primele semnale ale recidivelor locale sau regionale ale cancerului.

Principala incomoditate a bolnavilor, cărora li s-a extirpat rectul și li s-a aplicat colostomia, este nereținerea gazelor și, deci, balonarea involuntară. Acest fenomen limitează considerabil activitatea lor de muncă și le provoacă depresii psihice. Medicul generalist, de familie este permanent întrebat, cum s-ar putea evita formarea abundentă de gaze. În asemenea cazuri el va recomanda limitarea sau chiar excluderea completă din rație a produselor fermentabile (sucul de struguri, pepenii galbeni, merele, fasolele, caisele, pîinea proaspătă de seară) și folosirea din abundență a apei de mărar (soluție de 3% de esență, trei picături la un pahar de apă).

Operația de menținere a sfîcterului (rezecția abdominală cu coborîre, rezecția intraabdominală a intestinului sigmoid și o parte a rectului) se aplică în scopul păstrării funcțiilor de reținere a maselor fecale. Însă în urma unor asemenea operații apar diverse tulburări, începînd cu stenoza cicatriceală în locul unde a fost fixat intestinul supus

operației de coborîre (inelul anal – la cuta fundului de sac conjunctival). Bolnavul, revenind acasă după externarea din spital, continuă un timp îndelungat să se adreseze medicului din policlinica locală în privința dilatării și extensiei inelului anal. Această procedură este, de obicei, executată de către medicul de sector, de familie. Însă regulile dilatării cu bujii pot fi aduse și la cunoștința rudelor bolnavului.

Din cauza nerespectării mobilității în timpul operației, la unii bolnavi se face lipsă peristaltismul în intestinul coborît, deseori se formează blocuri de fecale care nici cu degetul nu pot fi înlăturate. Pentru prevenirea unor asemenea situații, este necesar ca la apariția chiar a primelor semne ale peristaltismului să se prescrie clisme de ulei sau săpun de cîte 300–600 mililitri, care de fiecare dată vor fi aplicate la aceeași oră.

După operațiile de menținere a sfincterului, recidivele poartă un caracter local, plasîndu-se pe peretele intestinului, în vagin, prostată, cicatricea perineală.

INCHEIERE

Restabilirea capacității de muncă în cazul bolnavilor oncologici, care au suportat intervenții radicale, este un deziderat de bază al procesului de reabilitare medico-socială. De valoare definitorie la această etapă de restabilire a statutului social al bolnavului, de recuperare a potențialului lui individual și social, devin măsurile medico-sociale, prevăzute de tratamentul recuperator complex. Conștientizarea fenomenului de boală neoplazică constituie un moment de stres major, nu doar prin gravele disfuncții de activitate vitală și de homeostazie, se perturbă profund echilibrul psiho-emoțional al individului cu deformizarea relațiilor sale sociale.

Destabilizările psiho-emoționale se asociază tuturor etapelor de tratament specific al bolnavului oncologic, acestea fiind multiplicare și prin adversitățile tratamentelor de eradicare și altor exerciții agresive, care conduc la grave disfuncții organice și tulburări psihice, care vor fi depășite foarte dificil în lipsa asistenței oportune de readaptare și reintegrare socială. Profunde stări depresive și psihoreactive, fenomenul de dezadaptare necesită corective îndelungate, sistemice și complexe, folosind diferite scheme și programe de curăție și susținere.

Boala neoplazică imprimă procesului patologic al acestei categorii de bolnavi valențele unui fenomen social, prin urmare și activitățile de asistență curativă și recuperatorie presupun colaborarea activă a diferitor structuri departamentale, medicale și sociale.

Din statisticele relatate de Centrul Oncologic al Federației Ruse (Трапезников Н.П. и соавт., 1996, 1998) numărul de pacienți cu neoformațiuni maligne se atestă în continuă creștere în funcție de mai multe premize demografice, sociale și economice. Напалков Н.Н. и соавт. (1989) raportează că în total în statele CSI s-au înregistrat circa 3 mln, iar în Republica Moldova până la 40 000 cazuri de vindecare integrală prin tratamente de formulă radicală (D.Sofroni și colab., 1999). A fost și rămâne, deci, evidentă actualitatea unor explorări complexe pentru amplificarea și eficientizarea programelor de asistență recuperatorie, resocializare și revedere a potențialului profesiografic al bolnavilor oncologici, inclusiv prin perfecționarea

sistemului de validare a incapacității de muncă a acestora, care să contribuie efectiv la restabilirea potențialului funcțional și socio-integrativ al persoanelor afectate de boala neoplazică și implicit la diminuarea invalidității oncologice.

Unul din postulatele de suport ale acestui program, promulgat prin decizia Guvernului Republicii Moldova cu nr. 1269 din 15 decembrie 1998, stipulează remedieri pentru diagnosticul în timp oportun, tratamentul eficient al neoplasmelor maligne și reabilitarea medico-socială adecvată a bolnavilor oncologici pentru minimalizarea pierderilor de muncă și a nivelului de invalidizare la vârste de maximă productivitate socio-profesională.

Un principiu inalienabil activității serviciilor de asistență medicală și celor de expertiză este păstrarea și consolidarea nu doar a parametrilor de sănătate, dar și a celor ce țin de potențialul profesional al bolnavului agresat neoplazic. Deaceia este foarte important ca problemele ce țin de expertiza medico-profesiografică a bolnavilor oncologici, de redresare a capacității lor de muncă și de angajare rațională să nu rămână în afara cadrului de preocupări ale serviciilor specializate. Concomitent trebuie să accentuăm că reabilitarea medico-profesională a bolnavilor oncologici presupune cooperare perfectă între activitățile de recuperare medicală a dezaranjamentelor postcurative și serviciile de expertiză a potențialului fizic restant în special la capitolul reîncadrării adecvate în muncă și reintegrării profesionale de ansamblu.

Un moment important pentru reabilitarea profesională a bolnavilor oncologici este cel ce vizează definirea recomandărilor de reangajare în vechea profesiune sau într-o altă specialitate. În colaborare cu Departamentul “Moldovastandard” s-a întocmit nomenclatorul de profesiuni și ocupații, ordonându-le în cadrul unui “Clasificator al Ocupațiilor din Republica Moldova”, pentru ca în conformitate cu acesta să se formuleze pentru bolnavii oncologici, după tratamentele recuperatorii, recomandări speciale pentru reîncadrare funcțională cu scopul de a regla relațiile socio-profesionale din acest mediu. “Clasificatorul Ocupațiilor din Republica Moldova” dispune de un instrument absolut necesar și destinat în temei pentru clasificarea și

codificarea exactă a ocupațiilor înregistrate, tot aici se fixează proporția de angajați și disponibilizați, vacanțele de muncă, este util pentru alegerea profesiei optime în caz de incapacitate temporară sau stabilă de muncă.

Concomitent este urgentă și necesitatea unui concept efectiv pentru tactica de evaluare a potențialului funcțional al organismului agresat neoplazic, considerând efectele tratamentelor recuperatorii, caracteristicile de adaptare socio-profesiografică și parametrele Statutului global de sănătate și Calitate a vieții bolnavilor expertizați. Pentru o asemenea elaborare a fost necesară ordonarea și estimarea unui complex de parametre clinico-investigaționale, de probe diagnostice și instrumentale, de indicatori socio-demografici, reflectând adevărata poziție socio-simptomatică a bolnavului oncologic la etapa postspitalicească.

Pentru realizarea acestor obiective s-au inițiat și definit cercetări complexe în 3 direcții:

- acceptând un mod de abord sistemic pentru tratamentele de reabilitare, să se determine relații de corelație între procesele de readaptare socioprofesională și evoluția de redresare a parametrilor Statutului global de sănătate și Calitate a vieții, care constituie premise favorabile reinserării sociale și profesiografice;
- considerând nivelul și statutul indicatorilor de expertiză medico-socială a validității funcționale în oncologie, să se formuleze niște criterii mai eficiente de estimare a potențialului funcțional restant al organismului, perfecționând astfel principiile de evaluare a indisponibilității profesiografice cu referire la bolnavii oncologici;
- să se elaboreze și să se implementeze în practică conceptul nou de evaluare a incapacității profesiografice în scopul diminuării invalidității oncologice în republică.

Redresarea funcționalității bolnavilor oncologici, după ce aceștea au traversat adversitățile tratamentelor radicale, este un obiectiv de suport al procesului de reabilitare medico-socială. Dar se cunoaște și faptul că acest deziderat, fiind și un proces foarte complex, presupune

concursul unor multipli factori sociali, care confruntă individul ce a finalizat tratamentul specific și care până nu demult se considera exclus totalmente din activitățile sociale prin diagnosticul fatal.

Pentru purcederea la reabilitarea de muncă a bolnavului oncologic inerentă ar fi, în primul rând, atitudinea sensibilă și tolerantă față de el, care condiționează consolidarea aspirațiilor de reconfortare fizică. În acest context umanismul înseamnă nu doar compasiune, dar și includerea efectivă a tuturor specialiștilor și a persoanelor interesate în recondiționarea sociofuncțională a bolnavului. Încurajarea speranței și consolidarea convingerii în vindecarea integrală – iată obiectivul major al tuturor eforturilor de reabilitare pentru asemenea persoane.

BIBLIOGRAFIE

1. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. Et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ/C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. //J. of the National Cancer Institute. -1993. -V.85.-5.-P.365-376.
2. Aaronson N.K., Cull A.M., Kaasa S., Sprangers M.A. The European Organization for Research and Treatment of cancer (EORTC) Modular Approach to Quality of Life Assessment in Oncology: An Update. //Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, (Edited by B.Spilker). - Philadelphia. -1996. -P.179-189.
3. A Practical Guide to EORTC Studies. //EORTC. - Bruxelles. - Belgium. -1996.-226p.
4. Abratt R. Current chemotherapy of advanced non-small cell lung cancer. //Anti-Cancer Drugs.- 1995.-V.6.-Suppl.6.-P.15-18.
5. Actualități în diagnosticul și tratamentul cancerului. (Sub red. A.M.Țurcan.-Chișinău.-1995.-376p.
6. Andersen B.L. Quality-of-Life and psychologic cancer. //Cancer.-1993.-V.71.-4.-(Suppl.).-P.1678-1690.
7. Andrykowski M.A., Curran S.L., Studs J.L. et al. Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison.//J.of Clin.Epidem.-1996.-V.49.-8.-P.827-834.
8. Anzai M., Sugihara S., Enomoto K. Et al. Improved quality of life in terminal renal carcinoma patients through home nurse visitation: some considerations. //Japan.J. of Cancer and Chemotherapy. - 1995.-V.44.-Suppl.4.-P.322-325.
9. Auchincloss S.S. After treatment. Psychosocial issues in gynecologic cancer survivorship.//Cancer.-1995.-V.76.-10.-Suppl.-P.2117-2124.
10. Bahnson C.B. Psychosocial aspects of cancer. //In: Surgical Oncology (Ed. By Pilch).- Y.H.New-York, McGraw-Hill.- 1984.-P.231-253.

11. Bernhard J., Hurny C., Nacchi M. Et al. Initial prognostic factors in small-cell lung cancer patients predicting quality of life during chemotherapy. Swiss Group for Clinical cancer Research (SAKK).//Brit. J. Of Cancer.-1996.-V.74.-10.-P.1550-1557.
12. Bernhard J., Gusset H., Hurny C. Quality-of-life assessment in cancer clinical trials: an intervention by itself? //Supportive Care in Cancer.-1995.-V.3.-1.-P.66-71.
13. Braga M., Molinari M., Zuliani W. Et al. Surgical treatment of gastric adenocarcinoma: impact on survival and quality of life. A prospective ten year study. //Hepato-Gastroenterology.-1996.-V.43.-7.-P.187-193.
14. Buonsanto A., Pezzella R., Mucilli F. Et al. Quality of life after pulmonarz resection for bronchogenic carcinoma. Evaluation of a group of patients surviving more than five years. //Minerva Chirurgica.-1995.-V.50.-7-8.-P.647-651.
15. Bye A., Ose T., Kaasa S. Quality of life during pelvic radiotherapy.//Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.-1995.-V.74.-2.-P.147-152.
16. Caffo O., Amichetti M. Quality of life atfer conservative suregery plus padiotherapy for early breast cacenr. Preliminary results from a self-administered questionnaire.//Poster, Abstracts, Exhibition ans Discussion of Intern.Meet on the Psychol-Social Impacts of Breast Cancer.-Lucerne, Switserland.-1998.-P.2.11.
17. Carlsson M., Hamrin E. Meassurement of quality of life in women with breast cancer. Development of a Life Satisfaction Questionnaire (LSQ-32) and a comparison with the EORTC QLQ-C3077. Qualitz of Life Research.-1996.-V.5.-2.-P.265-274.
18. Carter J., Saltzman A., Chen D. et al. Quality of life assement in gynecological cancer patients.//Austr. And New/Seal.J.of Obstr. and Gynaec..-1995.-V.35.-3.-P.293-297.
19. Chupyatova V.S., Zoidze V.V., Chupyatova T.S. Standard dianetic technique ans assist in psycho/social rehabilitation of cancer patients and their family.// Poster, Abstracts, Exhibition and Discussion of Intern. Meet. on the Psycho-Social Impacts of Breast Canc. –Lucerne, Switzerland.-1998.-P.3.15

20. Cordero M.P., Henriques P., Peres C. Psycho-familiar adaptation of women undergoing partial mastectomy without reconstruction for breast cancer.// Poster, Abstracts, Exhibition and Discussion of Intern. Meet. on the Psycho-Social Impacts of Breast Cancer. –Lucerne, Switzerland.-1998.-P.3.3.
21. Dow K.H., Ferreli B.R., Leigh S. et al. An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. //Breast Cancer Research and Treatment.-1996.-V.39.-13.-P.261-273.
22. Fallowfield L.J. Assessment of quality of life in breast cancer. //Acta Oncologica.-1995.-V.34.-5.-P.689-694.
23. Hendriks J., Van Schil P., Van Meerbeeck J. et al. Short-term survival after major pulmonary resections for bronchogenic carcinoma. //Acta Chirurgica Belgica. – 1996. –V.95. –6. – P.273-279.
24. Hietanen P.S. Measurement and practical aspects of quality of life in breast cancer.//Acta Oncologica. – 1996.-V.35.-1.- P.39-42.
25. Hopwood P. Quality of life assessment in chemotherapy trials for non/small cell lung cancer: are theory and practice significantly different.//Seminars in Oncology. – 1996.-V.23.-5.-Suppl.10. – P.60-64.
26. Ingham J., Seidman A., Yao T.J. et al. An exploration stuady of frequent pain measurement in a cancer clinical trial. //Quality of Life Research. – 1996. – V.5. – N5. – P.503-507.
27. Inoue Y., Tokunaga A., Taguchi K. et al. Home parenteral nutrition for terminal cancer patients – when should we tell the truth about their idsease adn return them to their home with HPN.//Japanese J. of Cancer and Chemotherapy. – 1995. – V.22. – Suppl.4. – P.384-388.
28. International Clasification of Impairment, Disabilities and Handicaps. – WHO Geneva. – 1993.- 193 p.
29. Ishihara Y., Sakai H., Nukariya N. et al. Development of quality of life questionnaire for use of lung cancer patients in palliative therapy – study of validity and reliability.No.1.//Japanese J. of Cancer and Chemotherapy. – 1995. – V.22. – N 7. – P.895-902.

30. Ishihara Y., Sakai H., Nukariya N. et al. Development of quality of life questionnaire for use of lung cancer patients in palliative therapy – study of validity and reliability.No.2: the effects of chemotherapeutics in QOL.//Japanese J. of Cancer and Chemotherapy. – 1995. – V.22. – N 8. – P.1087-1093.
31. Kaasa S., Masterkaasa A., Nacss S. Quality of life of lung cancer patients in a randomized clinical trial evaluated by psychosocial well-beign questionnaire. //Acta oncol.- 1988. – V. 27. – N 4. – P.335-342.
32. Kurihara M., Kosaki G., Taguchi T et al. Quality of life in patients with advanced gastric cancer receiving AO-90, a methionin-free intravenous amino acid solution, with 5-fluorouracil and rhitomycin C. //Japanese J. of Cancer and Chemotherapy. – 1995. – V.22. – N.7. – P.911-923.
33. Larsen J., Gardulf A., Nordstrom G. Et al. Health-related quality of life in women with breast cancer undergoing autologous stem-cell transplantation. //Cancer Nursing. – 1996. – V.19. – N 5. – P.368-375.
34. Macbeth F.R., Bolger J.J., Hopwood P. et al. Randomized trial of palliative two-fraction versus more intensive 23-fraction radiotherapy for patients with inoperable non-small cell lung cancer and good performance status. Medical Research Council Lung Cancer Working Party. //Clinical Oncology (Royal College of Radiologists). 1996. – V.8. – N 3. – P.167-175.
35. Marchioro G., Azzarello G., Checchin F. Et al. The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer.//European J. of Cancer. – 1996. – V.32A. – N 9. – P.1612-1615.
36. MelnicB., Țăbâră Gh., Duca Gh. Chimia, stresul și tumoarea. – Chișinău. – 1997. – 237p.
37. Newman M.L., Brennan M., Passik S. Lymphedeme complicated by pain and psychological distress: a case with complex treatment neds. //J/ of Pain and Symptom Management. – 1996. – V.12. – N 6. – P.376-379.
38. Ryan L.S. Psychosocial issues and lung cancer: a behavioral

- approach. //Seminars in Oncology Nursing. – 1996. – V.12. – N4. – P.318-323.
39. Serbin V. Invaliditatea: determinarea si evolutia. (Compendiu pentru medicii experti). – Chisinau. – 1998. – 280p.
40. Shimozuma K., Sonoo H., Ichihara K. Analysis of the factors influencing the quality of life of patients with advanced or recurrent breast cancer. //Surgery Today. – 1995. – V.25. – N 10. – P.874–882.
41. Shimozuma K., Sonoo H., Ichihara K. Analysis of the factors that improve quality of life of patients with advanced or recurrent breast cancer. //Japanese J. of Cancer and Chemotherapy. - 1995. – V.22. – N 8. – P.1095-1102.
42. Sofroni D., Cernat V., Gabunia M. Despre situația oncologică în Republica Moldova. //Materialele conferinței republicane de oncologie. – Chișinău. - 1997. - p.108.
43. Sofroni D., Cernat V., Gabunia M. THE MOLDAVIAN CANCER REGISTRY. //Abstracts 9 Congres International on anticancer treatment.- Paris, France.- 1999. – p. 235.
44. Sprangers M.A., Cull A., Bjordal K et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assesment: guidelines for developing questionnaire modules. //Quality of life Research. – 1993. – V.2. – P.287-295.
45. Sprangers M.A., Groenvold M., Arraras J.I. et al. The European Organization for Research and Treatment of cancer breast cancer - specific quality of life questionnaire module: first results from a three-country field study. //J. of Clinical Oncology. – 1996. – V.14. – N 10. – P.2756-2768.
46. Stefanek M.E. Psychosocial issues in breast cancer. //Current Opinion in Oncology. – 1995. – V.7. – N 6. – P.527-530.
47. Țăbâră Gh., Mereuță I. Cancerul. Vigilența oncologică în activitatea medicului de familie. - Chișinău. - 1997. – 173p.
48. Walker L.G., Eremin O. Psychological sssessment and intervention: future prospects for women with breast cancer. //Seminars in Surgical Oncology. – 1996. – V.12. – N 1. – P.76-83.

49. West A., Fallowfield L.J. Psychosocial trial of women at high risk of breast cancer. //Poster, Abstracts, Exhibition and Discussion of Intern. Meet. on the Psycho-Social impacts of Breast Cancer. – Lucerne, Switzerland. – 1998. – P.3.5.
50. Алиев М.Б. Оглы. Медико-социальная реабилитация больных перенесших радикальное лечение по поводу опухолей опорно-двигательного аппарата.// Автореф. Дис. ... докт. мед. наук.- Москва. – 1992. – 31с.
51. Аркатов В.А., Вартанов В.Я., Ахмедов Г.И. Психофизиологические аспекты эмоционального напряжения больных общехирургического профиля в предоперационном периоде. //Интенсивная терапия в пред- и послеоперационном периоде и при острых отравлениях. Тез. докл. I съезда анест. И реаним. Белоруссии. – Минск. – 1981. – С.12.
52. Артющенко Ю.В. Восстановление трудоспособности больных, радикально оперированных по поводу рака молочной железы. //Вопр. Онкол. -1980. -№11. -С.95-99.
53. Блинов Н.Н., Гнездилов А.В., Беляев Л.Г. Некоторые проблемы реадaptации онкологических больных. //Вопр. онкол. – 1990. – Т.36. - №9. – С.1107-1110.
54. Блинов Н.Н., Демин Е.В., Чудкова В.А. О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения. //Вопр. онкол. – 1989. – Т.35. – №6. – С.643–648.
55. Блинов Н.Н., Комяов И.П., Чулкова В.А. и др. Комплексное палиативное лечение – пути к улучшению качества жизни онкологических больных. //Вопр. онкол. – 1997. – Т.43. - №1. – С.67-71.
56. Блинов Н.Н., Припутин А.С., Чулкова В.А. Пути повышения качества жизни онкологических больных. / //Вопр. онкол. – 1993. – Т.39. - №7-12. – С.277-282.
57. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных. //Вопр. онкол. – 1996. – Т.42. - №5. – С.86-89.

58. Буль П.И. Основы психотерапии. – Л.: Медицина. – 1974. – 192с.
59. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. – М.: Медицина. – 1977. – 143 с.
60. Герасименко В.Н., Артющенко Ю.В. Вопросы реабилитации онкологических больных. //Клиническая медицина. – 1976. - № 5. – С.138-141.
61. Герасименко В.Н., Артющенко Ю.В. Принципы восстановительного лечения онкологических больных. //В кн.: Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. Тез. Всес. Симп.- Л. – 1978. – С. 30-31.
62. Герасименко В.Н., Артющенко Ю.В. Реабилитация больных раком молочной железы. //Клиническая медицина. – 1978. - № 5. – С. 56-59.
63. Герасименко В.Н., Артющенко Ю.В., Дорогова Е.В. Организация реабилитации онкологических больных. //Вопросы онкологии. – 1981. - Т.27. - № 7. – С.9-13.
64. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Кошуг Н.Г. Социальные установки и отношение к онкологическим больным. //Вопр. онкологии. – 1986. – Т.32. – № 11. – С.50-55.
65. Горелов Ф.Н., Складенко Р.Т., Семёко Л.А. и др. Оценка степени утраты профессиональной трудоспособности у больных после реплантации сегментов верхних конечностей. //В сб.: Актуальные вопросы врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации инвалидов. – Ленинград. – 1989. – Вып.66. – С.87-90.
66. Григорьев В.Г., Овчаренко С.А., Риехокайнен Е.П. Медико-демографические тенденции инвалидности лиц трудоспособного возраста в условиях крупного города. //В сб.: Актуальные вопросы врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации инвалидов. – Ленинград. – 1990. – Вып. 68. – С. 7–11.
67. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Трапезников Н.Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями

- и смертность от них в странах СНГ в 1995 г. – Москва. – 1995. – 286 с.
68. Демин Е.В. Вопросы трудовой реабилитации больных раком молочной железы после радикального лечения. //Вопросы онкологии. –1989. –Т.35. -№ 11. –С.1365-1370.
 69. Демин Е.В. Социальная значимость улучшения качества жизни больных раком молочной железы на послегоспитальном этапе. //Сов. Мед. – 1990. - № 4. – С. 107-111.
 70. Демин Е.В. Пути совершенствования послегоспитальной реабилитации больных раком молочной железы и тела матки: Автореф. дис...докт. мед. наук. – Л. – 1990. – 36 с.
 71. Демин Е.В. Проблема немедицинской поддержки больных раком молочной железы после радикального лечения и ее практическое решение. //Вопр. онкол. – 1996. – Т.42. - № 5. – С.92-95.
 72. Демин Е.В., Чулкова В.А. Исследование качества жизни больных раком молочной железы и тела матки как один из критериев оценки эффективности лечения. //Тез. V республ. научн. конф. Онкол. Киргизии. –1989. –С.96-97.
 73. Демин Е.В., Чулкова В.А. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных. //Вопр. онкол. – 1990. – Т.36. - № 3. – С. 360-364.
 74. Демин Е.В., Чулкова В.А., Блинов Н.Н. Качество жизни онкологических больных: методика изучения физической, социальной и психологической адаптации женщин при раке молочной железы и тела матки. //Вопр. онкологии. – 1990. – Т.36. - № 3. – С. 360-364.
 75. Кабанов М.М. Концепция реабилитации и современная клиническая медицина. //Сб. научных трудов: Реабилитация онкологического больного. – Л. – 1979. – С.17-25.
 76. Классификатор занятий в Республике Молдова. – Кишинэу: Молдовастандарт. – 1998. – 675 с.
 77. Клиническая онкология (Под ред. Н.Н.Блохина, Б.Е.Петерсона). – М.: Медицина. – 1979. – Т.1 – 690 с.
 78. Клиническая онкология (Под ред. Н.Н.Блохина, Б.Е.Петерсона). – М.: Медицина. – 1979. – Т.2. – 645 с.
 79. Левин А.О., Мясникова М.О., Горбунова Г.Н. К вопросу о социально-психологической и трудовой реабилитации больных после мастэктомии. //Актуальные вопр. плас. хир. молоч. железы. – М. – 1990. – С.6.
 80. Лечение и реабилитация онкологических больных (Под ред. Г.А.Цыбырнэ). – Кишинев. – 1988. – 270 с.
 81. Мельников Р.А., Березкин Д.П., Симонов Н.Н. и др. Проблемы социально-трудовой реабилитации больных основными формами злокачественных опухолей. //Вопр. онкол. – 1980. – Т.26. – № 6. – С.27-31.
 82. Мельников Р.А., Березкин Д.П., Шабашова Н.Я. и др. Возможности трудовой реабилитации больных основными формами злокачественных опухолей. //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1977. – Т.119. - № 11. – С.53-57.
 83. Мереуца И.Е. Социально-экономическое реформирование здраво-охранения в Республике Молдова. – Кишинэу. – 1994. – 205 с.
 84. Мереуца И.Е., Чернат В.Ф., Унту Б.П. Реабилитация и паллиативная помощь онкологическим больным. – Кишинэу. – 1999. - 244 с.
 85. Надирашвили Ш.А. Установка и деятельность. – Тбилиси: Мецниереба. – 1987. – 361 с.
 86. Напалков Н.П., Бохман Я.В., Гранова А.М., Гершанович М.Л. Клиническая онкология для семейного врача. – С.-Петербург. – Изд-во “Гиппократ”. – 1995. – 178 с.
 87. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ. – 1987. – 153 с.
 88. Переводчикова Н.И. Обеспечение качества жизни больных в процессе противоопухолевой химиотерапии (лекция). //Терапевтический архив. – 1996. – Т.68. – № 10. – С.37-41.

89. Руководство по врачебно-трудовой экспертизе. (Под ред. Ю.Д.Арбатской). – М.: Медицина. – 1981. – Т.1. – 556с.
90. Руководство по врачебно-трудовой экспертизе. (Под ред. Ю.Д.Арбатской). – М.: Медицина. – 1981. – Т.2. – 556с.
91. Семиглазов В.Ф., Шабашова Н.Я., Узунова В.Г., Миротворцева К.С. Пути усовершенствования методов реабилитации больных раком молочной железы после хирургического, комбинированного и комплексного лечения. //В. кн.: Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. – Л. – 1978. – С.67-69.
92. Скобля Е.С. Справочник по врачебно-трудовой экспертизе при злокачественных новообразованиях. // Минск. – 1981. – 157с.
93. Современные проблемы врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации. // III областн. Научн. Конф. – Днепропетровск. – 1988. – 140с.
94. Судаков К.В. Общая теория функциональных систем. // АМН СССР. – М.: Медицина. – 1984. – 224с.
95. Трапезников Н.Н., Соловьев Ю.Н., Кушлинский Н.Е., Алиев М.Д. Процесс и перспективы развития методов лечения сарком костей. //Российский онкологический журнал. – 1998. - № 3. – С.21-25.
96. Трапезников Н.Н., Соловьев Ю.Н., Кушлинский Н.Е., Алиев М.Д. Остеогенная саркома и андрогены. // Бюллетень Экспериментальной Биологии и Медицины. – 122 (9): 305-10. – 1996.
97. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях.: Автореф. дис...канд. мед. наук. – М. – 1980. – 20с.
98. Тхостов А.Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных. //В кн.: Реабилитация онкологических больных. – М.: Медицина. – 1988. – С.33-46.
99. Тхостов А.Ш., Лактионова А.И. Психологические аспекты восстановительного лечения больных, оперированных по поводу рака желудка. //Вопр. онкологии. – 1990. – Т.36. – № 2. – С.215-219.
100. Тхостов А.Ш., Степанович Д.А. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки. //Вопр. психол. – 1987. - № 2. – С.128-134.
101. Ушверидзе Д.Г., Симонов Н.Н. Социально-бытовая и трудовая реабилитация больных после реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке. //Актуальные вопросы онкологии. Матер. Междун. Симпоз. (Под ред. проф. К.П.Хансона). – С.Петербург. – 1996. – С.253-254.
102. Цыбырнэ Г.А. Современное состояние и проблемы лечения больных опухолями головы и шеи. – Кишинэу. – 1997. – 80 с.
103. Швецова Г.Н., Артюшенко Ю.В. О трудовом прогнозе больных, радикально леченных по поводу рака шейки матки. //В кн.: Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. Тез. Всесоюзн. симпоз. – Л. – 1978. – С.101-102.
104. Яременко К.В. Проблемы стресса и его регуляция в онкологии. //Актуальные проблемы современной онкологии: сборник трудов СФ ВОНЦ АМН СССР. – Вып.3. – Томск. – 1984. – С.14-17.